

申請期限：31年3月29日 **FAX不可**

会員番号

申請書有効期限：H30年4月1日～H31年3月29日

健康診断利用助成金申請書

助成申請金額				円
申請人数	@1,000円×	名=		円
	@3,000円×	名=		円
	@5,000円×	名=		円
	@10,000円×	名=		円

一般健康診断・人間ドック（日帰り・宿泊・脳）の助成を受けたいので、申請します。

平成 年 月 日

（一財）大分県東部勤労者福祉サービスセンター 御中

（個人でご加入の方は自宅住所と氏名を記入し、本人印を押印してください）

事業所住所

事業所名

代表者名

印（代表者印）

【申請者名簿】

個人番号	氏名	1名分の受診料	個人番号	氏名	1名分の受診料
		¥			¥
		¥			¥
		¥			¥
		¥			¥
		¥			¥

必要添付書類の詳細は裏面をご覧ください。

検査入院・保険診療等は対象外

申請人数多数の場合、各種助成金申請者名簿（P82）をコピーしてご利用ください。

太枠内にご記入のうえ、印鑑の押し忘れにご注意ください。

ここから下は記入しないで下さい

支出負担行為兼支出命令票

交付人数	@1,000円×	名=		円
	@3,000円×	名=		円
	@5,000円×	名=		円
	@10,000円×	名=		円
交付決定金額				円

上記のとおり支出いたしたい。

事務局長	次長	担当	受付年月日	平成	年	月	日
			発議年月日	平成	年	月	日
			決裁年月日	平成	年	月	日
			支払年月日	平成	年	月	日

各種申請書はホームページよりダウンロードできます。

ピアワーク

検索