

申請期限：2021年3月31日 **FAX不可**

会員番号

申請書有効期限：2020年4月1日～2021年3月31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 |
| | @9,000円× | 名= | | 円 |

一般健康診断・人間ドックの助成を受けたいので、申請します。

令和 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。

※自己負担額が **2,200円** 以上の場合が対象

※**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(P66)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ください

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 |
| | @9,000円× | 名= | | 円 |
| 交付決定金額 | | | | 円 |

上記のとおり支出いたしたい。

No.

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