

# 健康診断助成金請求書

請求日 平成 年 月 日

一般社団法人北上地区勤労者福祉サービスセンター 御中

請求者住所

請求者名

印

健康診断を受診しましたので、一般社団法人北上地区勤労者福祉サービスセンター事業規程に基づき、助成金を請求いたします。

受診医療機関名： \_\_\_\_\_

会 員 番 号	会 員 氏 名	受 診 日	受 診 科 目	受 診 料	助 成 額	入 力 No.
記 入 例 1 0 0 0 0 0 - 0 0 0 1	山田 太郎	4 / 1	○定期健康診断 生活習慣病予防健診 人間ドック	5,000		
			定期健康診断 生活習慣病予防健診 人間ドック			
			定期健康診断 生活習慣病予防健診 人間ドック			
			定期健康診断 生活習慣病予防健診 人間ドック			
			定期健康診断 生活習慣病予防健診 人間ドック			
			定期健康診断 生活習慣病予防健診 人間ドック			
			定期健康診断 生活習慣病予防健診 人間ドック			
			定期健康診断 生活習慣病予防健診 人間ドック			
			定期健康診断 生活習慣病予防健診 人間ドック			
			定期健康診断 生活習慣病予防健診 人間ドック			
			定期健康診断 生活習慣病予防健診 人間ドック			

- ※請求者が事業所の場合は事業所名でご請求ください。
- ※請求に際しては健康診断受診の証明として健康診断受診の請求書もしくは領収書を添付してください。
- ※捺印にシャチハタタイプのスタンプ印は使用しないでください。
- ※ご提出いただいた個人情報は事業目的以外に使用いたしません。

受 付 印