

健康管理助成金交付申請書

捨印 ▶ 

令和 年 月 日

(一財)倉敷市勤労者福祉サービスセンター 理事長 様

健康管理助成金について、次のとおり交付申請します。
なお、助成金は下記口座へ振り込んでください。

請求代表者	事業所名		事業所番号			請求金額 円 (名分)
	会員氏名		会員番号			
	住所	電話 1 自宅 2 勤務先 () -				

会員番号	会員氏名	印	受診日・医療機関名	自己負担額	助成額*
			年 月 日	円	円
			年 月 日	円	円
			年 月 日	円	円
			年 月 日	円	円
			年 月 日	円	円

助成金振込先	金融機関名	銀行 信用金庫		本店 支店	預金の種類	1 普通 2 当座
	口座番号	フリガナ 口座名義人				

*助成額計算式＝ 自己負担額(千円未満切捨て) 2,000円以上 ÷ 2

注1) 人間ドックなどの検診と判明できる領収書を添付してください。(レシート不可)

注2) 助成は10,000円が限度額になります。

事務局長	次 長	主 任	担 当	入 力

受 付 印

(複写してお使いください。)