

* 各年度1会員につき、人間ドックか健康診断いずれか1回の補助申請となります。

(平成 年度) 定期健康診断受診料補助金申請書兼領収書

平成 年 月 日

調布市勤労者互助会会長 様

(*太線の枠内のみご記入ください)

定期健康診断受診料補助について下記の通り領収書を添えて申請いたします。

事業所名		事業所番号			
事業所所在地		支払命令	担当主査	担当	
代表者名		印	/		
会員番号 (個人)		フリガナ 会員氏名		会員番号 (個人)	
				フリガナ 会員氏名	
1			9		
2			10		
3			11		
4			12		
5			13		
6			14		
7			15		
8			16		
備考		適・否() 振込処理		補助額合計 @2,000 × 名 円	

振込依頼書

上記金額の受領について、下記口座に振り込んでください。

銀行名	銀行・信金 信組・農協	支店	普・当 貯・他	口座番号	
口座名義人(カタカナ)					