

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

II - 4

平成 年 月 日

平成 31 年度 人間ドック受診料補助金申請書

調布市勤労者互助会会長 様

下記により、補助金交付を受けたいので領収書を添付して申請します。

事業所名 _____

申請者氏名 _____ 印

申請者会員番号

--	--	--	--	--	--

 -

--	--	--	--	--	--

受診機関名 _____

受診年月日 _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日

受診内容 _____
日帰り人間ドック・一泊人間ドック・脳ドック
※いずれかを○で囲んでください

受診費用額 _____ 税別 30,000 円以上 (A) _____ 円

交付請求額 _____ (A) × 2分の1 (5,000 が上限) _____ 円

領収書には ○○ドックの名称と、受診者本人の名前が載っているものを添付してください。
【申請できないケース】

- ・事業所に義務づけられている定期健康診断に変わる人間ドック
- ・事業所が全額又は一部負担している人間ドック
- ・協会けんぽの人間ドック (生活習慣病予防検診)

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)					

※ご記入いただいた個人情報は適正に管理し、本件以外の目的には利用しません。