

※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

令和 年 月 日

## 令和元年度 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<br>信組・農協 | 支店 | 普・当<br>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。