

※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 30 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 平成 年 月 日 ~ 月 日

受診内容 日帰りドック・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) (A) 円

交付請求額 (A) × 2分の1 (6,000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。
事業所が労働安全衛生法で義務づけられている定期健康診断及び事業所が全額負担又は、
一部補助をしている人間ドックは申請できません。(複数の領収書の合算は不可)

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。