

健康診断受診助成金申請書

申請金額								円
------	--	--	--	--	--	--	--	---

健康診断受診助成金を申請します。

年 月 日

事業所番号							
-------	--	--	--	--	--	--	--

事業所住所

事業所名

代表者名

印

一般財団法人
おおいた勤労者サービスセンター 御中

○必要添付書類

- 1 受診機関の領収書（コピー可）（振込をした場合は振込をしたことがわかる書類）
- 2 受診機関の請求書（コピー可）
- 3 受診者名簿 ※1

振 込 依 頼 書

上記の助成金については、下記口座に振込んでください。

金融機関	銀行・労働金庫 信用金庫・信用組合		本・支店 (出張所)						
□座種別	1. 普通	2. 当座	□座番号						
フリガナ									
□座名義									

※□座名義は正確にご記入ください

※1 受診者名簿は、会員番号・受診者氏名(フルネーム)・受診日・受診者ごとの受診料を記入したもの。
また、受診者名簿は、受診者氏名・受診日・受診料金記載の請求明細書（コピー可）でも構いません。
ただし、受診者氏名の横に必ず**会員番号**をご記入ください。

受付年月日		年	月	日
起案年月日		年	月	日
決裁年月日		年	月	日

※申請書のFAX受付はできません※