

## 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(写) (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(写)と、受診者名・受診日・受診料金記載の請求明細書(写)
- ※受診者名等記載の請求明細書がない場合は、受診者名簿を作成してください。  
 ※受診者名簿には、会員番号・受診者名、受診日、個人ごとの受診料金もご記入ください。

## 振 込 依 頼 書

上記助成金については、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

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※

様  
式