

# 健康管理補助金申請書

申請日

上欄に、「西暦年/月/日」と入力してください。

(一財)守口市門真市勤労者互助会理事長 様

事業所コード		事業所名	
会員番号		氏名	
生年月日	生 (左欄に、「S・H年/月/日あるいは西暦年/月/日」と入力してください。)		歳
会員住所	〒 <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span> - <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span> ( TEL       -       -       )		

下記のとおり受診しましたので、受診料領収書を添えて補助金を申請します。

受診日	(左欄に、「西暦年/月/日」と入力してください。)		
受診施設名			
受診内容  ( 該当する□に✓印を付けてください。 )	<input type="checkbox"/> 人間ドック	35歳以上	自己負担額 5千円以上 → 5千円 自己負担額 5千円未満 → 実費
	<input type="checkbox"/> 成人病予防検診	35歳以上	自己負担額 2千円以上 → 2千円 自己負担額 2千円未満 → 実費
	<input type="checkbox"/> インフルエンザ予防接種	年齢要件なし	一律500円
受診料金	料金の数字のみ入力	補助申請額	申請額の数字のみ入力

上記補助金について、下記により受け取ります。(該当□に✓印を付けてください)

受け取り方法	<input type="checkbox"/> 現金	(口座の記入は不要)		
	<input type="checkbox"/> 口座振込	(①または②のどちらかにご記入ください)		
① 金融機関	<input type="checkbox"/> 銀行	<input type="checkbox"/> 信用金庫	<input type="checkbox"/> 本店	<input type="checkbox"/> 普通
	<input type="checkbox"/> 信用組合	<input type="checkbox"/> 農協	<input type="checkbox"/> 支店	<input type="checkbox"/> 当座
	<input type="checkbox"/> 出張所			
	フリガナ	口座番号 (右詰記入)		
	口座名義人			
② 郵便局	口座通帳記号	CD/再発行	番号 (右詰記入)	
	フリガナ			
	口座名義人			

※ 太線の枠内に、必要事項をご記入ください。

※ 事由発生日より、1年以内に申請してください。

受付印

処 理 日	担 当	会 計	事務局長	理事長