

(No.)

(一財)小笠掛川勤労者福祉サービスセンター

人間ドック受診料補助金交付申請書

年 月 日

(一財)小笠掛川勤労者福祉サービスセンター理事長 様

事業所番号

--	--	--	--	--

人間ドック受診料補助金を申請します。

事業所名

代表者氏名

印

事業所TEL

()

-

1 申請者名簿(個人番号は、会員番号下3桁を記入)

個人番号	氏名	年齢	受診日	個人番号	氏名	年齢	受診日
			.				.
			.				.
			.				.
			.				.

2 補助金申請額 7,000円 × 人 = 円

3 添付書類 受診者氏名の領収書(コピー可)

(注) ○本申請は、会員(満35歳以上)が1回の受診で自己負担額7,000円以上の人間ドック等を受診した場合、

1会計年度に1回に限り申請できます。

○申請期限 受診後3ヶ月以内

○締切 毎月25日

○給付方法 事業所の指定口座へ振込

①申請日が1日～25日→振込日は翌月17日

②申請日が26日～31日→振込日は翌々月17日

○申請方法 ① FAX. 0537-35-0300

② 郵送 〒439-0031 菊川市加茂2156(商工会館内)(一財)小笠掛川勤労者福祉サービスセンター

③ 持参 (一財)小笠掛川勤労者福祉サービスセンター

理事長	事務局長	担当者

受付年月日
.
.