

健康診断受診料補助金申請書

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

受診医療機関名 _____

(一財)島根県東部勤労者共済会 様

年 月 日

(申請者)

事業所名

事業主名

印

事業所番号

--	--	--	--	--	--

TEL (- -)

担当者 ()

会員番号	会 員 名(該 当 者)	受診日	会員番号	会 員 名(該 当 者)	受診日
/		/	/		/
/		/	/		/
/		/	/		/

※添付書類

- * 医療機関等の領収書 (写)
- * 健康保険組合に加入の会員の方は、保険組合からの補助金の受領書等金額のわかるもの (写)
- * 会員個々の受診料がわかるもの

【振込先】 (記入のない場合は事業所の登録口座へ振込みます)

金融機関名											
口座の種類				口座番号							
フリガナ											
口座名義											

ジョイメイト受付印

	局 長	次 長	主 幹	担 当	入 力
処 理					