

健康管理補助金申請書

令和 年 月 日

守口市門真市勤労者互助会会長 様

事業所 コード		事業所名	
会員番号		会員氏名	(印)
生年月日	T S H	年 月 日生	満年齢 歳
会員住所	〒	(TEL)	

下記のとおり受診しましたので、受診料領収書等を添えて補助金を申請します。

受診日	令和 年 月 日
受診施設名	
受診内容 <small>(該当に○をつけて下さい)</small>	・人間ドック ・成人病検診 ・一般健康診断
受診料金	円
補助申請額	円

上記補助金について、下記により受け取ります。(いずれかを選び✓印を付けて下さい)

現金で受け取り (指定口座の記入不要)

口座振込み (①または②のどちらかにご記入下さい)

② 金融機関	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 出張所	普通 当座	口座番号 (右詰めで記入)			
	フリガナ						
口座名義人							
③ 郵便局	口座通帳記号	CD/再発行	番号 (右詰めで記入)				
入会者名	フリガナ						

※受診日より1年以内に申請して下さい。

処 理	担 当	事務局長	会 長

受付印