

定期健康診断補助金申請書

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

〔内訳〕

受診会員数 名 × 1,000 円 = 円

上記金額の定期健康診断補助金を申請いたします。
※医療機関の受診を証明する書面を添付してください。

一般社団法人 伊勢地域勤労者福祉サービスセンター 理事長殿

(事業主証明) 上記申請のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

事業所名

代表者名 _____ ㊟

振 込 先 いずれかに○印をしてください。

- 会費引落とし口座へ振り込む
- 下記口座へ振り込む

金融機関名	銀行・信用金庫						本店
	労働金庫・信用組合						支店
口座の種類	口座番号						フリガナ 口座名義人
1.普通 2.当座							

* 事務処理欄

事務局長	係長	係

受付年月日 年 月 日

支払年月日 年 月 日

*この申請書に記入・捺印したものをサービスセンターに提出してください。(郵送可)

NO	会員番号	受診会員名	備考	NO	会員番号	受診会員名	備考
1				31			
2				32			
3				33			
4				34			
5				35			
6				36			
7				37			
8				38			
9				39			
10				40			
11				41			
12				42			
13				43			
14				44			
15				45			
16				46			
17				47			
18				48			
19				49			
20				50			
21				51			
22				52			
23				53			
24				54			
25				55			
26				56			
27				57			
28				58			
29				59			
30				60			