

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)