

# 人間ドック・脳ドック助成金交付請求書

提出前に  
チェックしましょう

- 自己負担が 14,000 円以上か
- 35 歳以上か
- 受検後 3 ヶ月以内か
- 領収証に人間ドック・脳ドックの記載があるか

平成 年 月 日

大和市勤労者サービスセンター理事長 あて

会員番号 \_\_\_\_\_

請求者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

大和市勤労者サービスセンター人間ドック・脳ドック助成金を次のとおり請求します。  
なお、助成金については、サービスセンターに届け出の事業所口座に振込んでください。

1 請求金額			千				円
2 受検日	平成 年 月 日						
3 医療機関名	病 院 診療所						
4 添付書類	<input type="checkbox"/> 受検を証明する領収証						
<p>上記事項は、事実と相違ないことを証明します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">事業所番号 _____</p> <p style="text-align: right;">所在地 _____</p> <p style="text-align: right;">事業所名 _____</p> <p style="text-align: right;">代表者名 _____</p>							

者代  
印表

※サービスセンター使用欄

決 定 欄	<input type="checkbox"/> 請求のとおり交付する <input type="checkbox"/> 次のとおり変更して交付する（理由 _____） <input type="checkbox"/> 交付しない（理由 _____）						
決 定 金 額				千			円
担 当	係 員	事務局長	受付	•	•		
			決裁	•	•		
			施行	•	•		