事務局長	担 当	台 帳

様式第１２号

榛南地区勤労者共済会

人 間 ド ッ ク 受 診 料 補 助 金 交 付 申 請 書

年　　月　　日

榛南地区勤労者共済会会長 様

会員番号						－			

会員住所

会員氏名　　印

榛南地区勤労者共済会人間ドック受診料補助事業実施規程により補助金の交付を申請します。

補 助 金 請 求 額　一 金　　円

受　診　日	受　診　医　療　機　関　名	支　払　額
年　月　日		円

※ 医療機関が発行した、受診者名が記載された**「領収書」**を添付（コピー可）　＊申請は年1回のみです。

※ 受診日において35歳以上の会員を対象に、自己負担額の内**「6,000円」**を限度に補助します。

※ 労働安全衛生法に基づく定期健康診断（一般健診・定期健診）は対象になりません。

（口座振込みの場合、以下は記入不要です！）

上記の金額を領収しました。

年　月　日

受領者名　　印

委 任 状

私は、上記補助金の受領について　　に委任します。

会員氏名　　印