

人間ドック等利用助成金交付申請書

人間ドック・生活習慣病予防検診等を利用したので、下記のとおり申請します。

受 検 日	自 己 負 担 額 (会 員 ・ 本 人)	助 成 金 額
年 月 日	5,000円未満	1,500円
申 請 額	5,000円以上10,000円未満	3,000円
	10,000円以上50,000円未満	5,000円
円	50,000円以上	7,000円

会 員 番 号	-									
事 業 所 名										
会 員 住 所	〒						日中ご連絡可能な電話番号			
							電 話			
会 員 氏 名	(印)					年 齢	歳			
受 診 医療機関名										
振 込 先 口 座 (受 検 者)	金融機関コード					支店コード				
	銀行・信用金庫・信用組合					支店				
	1. 普通		2. 当座		口座番号					
	ふりがな									
預金名義人										

◎人間ドック・生活習慣病予防検診等受診確認

※領収書に必要事項の記載がない場合、ご記入ください。

私が受診した人間ドック・生活習慣病予防検診等利用助成金の申請にあたり、労働安全衛生規則第44条の検査項目を受診したことを確認いたします。

受診者氏名 _____ (印)

公益財団法人船橋市中小企業勤労者福祉サービスセンター理事長 あて

事務局長	次 長	課 長	課長補佐	係 員	係 員