

※事務局記入欄

確認済	入力済
/	/

健康診断補助金 請求書

年 月 日

(一財)町田市勤労者福祉サービスセンター 理事長様
下記金額の補助金を請求いたします。

請求金額	円
------	---

事業所名	印
事業所住所	
電話番号	

事業所番号	
記入者名	

健診項目	補助金額	受診者数	補助金額計
簡易項目健康診断	800円	名	円
全項目健康診断	1,600円	名	円
全項目健康診断(会員100人以上事業所)	2,400円	名	円
協会けんぽ「生活習慣病予防検診」	800円	名	円
		名	円

振込先			
金融機関名			
口座の種類	口座番号		
フリガナ			
口座名義			

[健康診断補助金請求方法・お支払等について]

この請求書に必要事項を記入し、医療機関等が発行した請求明細書や領収書など…(受診した個々の会員氏名・受診コース・受診日・受診料等の記載があるもの)を添えて当センターに提出(郵送・FAX・センター窓口)してください。

注)領収書を証明書類として利用する場合、合計人数、合計金額等のみ記載の領収書など、…”受診した個々の会員氏名の記載がないもの”は利用できません。

★毎月、月末締めで、翌月25日(当日が金融機関の休業日に当たる時は翌営業日)に、ご指定の金融機関口座にお振込みいたします。