

※事務局記入欄

確認済	入力済
/	/

健康診断補助金 請求書

20 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
------	--	--	--	--	--	--	--	--	---

請求金額の訂正はできません。(※訂正印不可。請求書の書き直しをお願い致します。)

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
協会けんぽ「生活習慣病予防検診」	1,000円		
指定診療医療機関による健康診断	1,600円		

振込先			
金融機関名	銀行・信用金庫 労働組合・農協		出張所 支店
口座の種類	普通・当座・貯蓄	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・受診日の記載があるもの)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。