

人間ドック受診料助成金交付申請書

令和 年 月 日

(公財)浜松市勤労福祉協会 理事長 様

会 員 番 号

--	--	--	--	--	--	--	--

事 業 所 名

会 員 住 所

会 員 氏 名

下記のとおり、助成金の交付を申請します。

(署名又は記名押印)

記

人間ドック受診料納入証明欄

1. 会 員 氏 名

--

2. 受 診 料

円

--

上記のとおり会費を納入したことを証明します。

令和 年 月 日

3. 名 称

所 在 地

代 表 者 氏 名

--

印

※名称欄は、医療機関の名称等を表示したゴム印・角印または丸印を押印してください。

納入証明欄は、会員氏名の記載がある領収書等(コピー可)の添付で代用できます。

※この助成金は会員本人が人間ドックを受診した場合に限り、1年度(4月1日～3月31日)につき1回申請できます。

但し、本人負担が20,000円以上の人間ドック受診料に限りです。健康診断は助成対象になりません。

※申請期限は、受診日から3か月以内です。

但し、年度を超えて申請する場合は翌年度の4月15日までの提出となります。

委 任 状 (委任する人がすべて自筆で記入してください)

令和 年 月 日

代 理 人 氏 名

--

私は上記の者を代理人と定め、人間ドック受診料助成金の受領行為を委任します。

(委任する人)

会 員 氏 名

--

(署名又は記名押印)

	事務局長	次 長	主 幹	係 長	主 任	係	担 当
決 裁							