

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							