和暦（元号）表記で統一してください

浜松市・湖西市勤労者共済会

人間ドック受診助成金交付申請書

令和　　年　　月　　日

（公財）浜松市勤労福祉協会　理事長　様

会員番号

会員住所

会員氏名　㊞

事業所名

下記のとおり、助成金の交付を申請します。

記

人間ドック領収書貼付欄

貼付欄
（裏面でも貼付可）

※領収書は、受診者氏名・受診料（20,000円以上）・医療機関名の記載されたものに限ります。
　領収書のコピーは可とします。
※健康診断は補助対象になりません。

※この助成金は1年度（4月1日～3月31日）につき1回申請できます。
※申請期限は、受診日から3ヶ月以内です。
　ただし、年度を超えて提出する場合は翌年度の4月15日までに提出してください。
※会員が受診料を20,000円以上負担したものが助成の対象となります。

委　任　状

私は下記のものを代理人と定め、上記助成金の受領行為を委任します。

令和　　年　　月　　日

記

会員（申請者）氏名　㊞

受領者氏名　㊞

決裁	事務局長	事務局次長	主幹	係長	主任	参与	係	チェック欄