

人間ドック受診料助成金交付申請書

令和 8 年 4 月 1 日

(公財)浜松市勤労福祉協会 理事長 様

記入例

会員番号

0 0 0 8 5 0 0 0 0

事業所名 わ〜くん浜松工業(株)

会員住所 浜松市〇〇区〇〇町123番地

会員氏名 浜松 太郎

(署名又は記名押印)

下記のとおり、助成金の交付を申請します。

記

人間ドック受診料納入証明欄

1. 会員氏名 浜松 太郎

2. 受診料 〇〇〇〇〇 円

上記のとおり会費を納入したことを証明します。

令和 8 年 4 月 1 日

3. 名称 浜松〇〇〇病院

所在地 浜松市〇〇区〇〇町〇〇〇〇

代表者氏名 院長 浜松 花子

病〇浜
院〇松

※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ません。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

(委任する人)

会員氏名

窓口で代理人として会員本人以外の方がお越しになる場合は、
会員本人がご記入のうえ、ご提出ください。

