浜松市・湖西市勤労者共済会

人間ドック受診補助金交付申請書

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、補助金の交付を申請します。

記

●受診者

会　員		同居家族	

○印をしてください。

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。
※人間ドック・脳ドック等以外の健康診断は補助対象になりません。

※この補助金は1年度（4月1日～3月31日）につき1回受けることができます。
　なお、補助金の交付とは、受診日及び申請日ではなく補助金の交付決定日が基準となります。
※受診料が20,000円以上のドックを補助の対象とします。

委　任　状

私は下記のものを代理人と定め、上記補助金の受領行為を委任します。

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