

人間ドック受診助成金請求書

上田商工会議所 御中

～助成金は次の基準で支給いたします～

- ①生命共済加入者(被共済者)で、6ヶ月以上加入されている年齢満35歳及び満40歳以上の方。
- ②年度中に当商工会議所が実施している健康診断及び成人病予防健診いずれの助成も受けていない方。
- ③本助成金は、受診者1名1口につき3,000円とし、年1回とする。
- ④本助成金は、健康維持管理事業費予算の範囲内としております。
※予算に達した場合はご容赦ください。
- ⑤人間ドック受診料の領収書を添付してください。

年 月 日

請求される事業所

所在地

事業所名

代表者名

印

電話番号

給付内容	口数	1口	2口	3口	4口	5口
人間ドック助成金		一律 3,000円	一律 6,000円	一律 9,000円	一律 12,000円	一律 15,000円

下記のとおり、人間ドックを受診したので助成金を請求いたします

記

事業所番号：

加入者番号	加入者(受診者)名	生年月日	加入口数	受診病院名	受診日	ドック受診コース(該当に○)
			口			1. 日帰り 2. 1泊2日 3. 脳
			口			1. 日帰り 2. 1泊2日 3. 脳
			口			1. 日帰り 2. 1泊2日 3. 脳
			口			1. 日帰り 2. 1泊2日 3. 脳
			口			1. 日帰り 2. 1泊2日 3. 脳
			口			1. 日帰り 2. 1泊2日 3. 脳
			口			1. 日帰り 2. 1泊2日 3. 脳
			口			1. 日帰り 2. 1泊2日 3. 脳
			口			1. 日帰り 2. 1泊2日 3. 脳
受診者数	名					

請求金額 _____ 円

ただし、上記受診者 _____ 名分

助成金請求受付確認欄

所属長

共済担当者

※生命共済制度加入状況を確認の上、請求されますようお願い申し上げます。

※受診日から1か月以内に請求されるよう、お願い申し上げます。

※助成金は、当商工会議所へ登録されている貴事業所口座(共済掛金引落口座)へお振込みいたします。