申請(5)

※コピーしてお使い下さい。

健診受診助成金請求書

平成　　年　　月　　日

一般財団法人鳥取市中小企業
勤労者福祉サービスセンター　様

所 在 地 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

事業所名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代表者名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

下記の通り、健診を受診したので、必要書類を添付し助成金を請求します。

請 求 金 額								円

※金額は記入しないで下さい。

事業所番号				事 業 所 名			
No.	会員番号	氏　　名	健 診 の 種 類	医 療 機 関	受診日	コード	
1			・一般健診・付加健診 ・ひまわり健診・国保ドック ・その他（　　）		／		
2			・一般健診・付加健診 ・ひまわり健診・国保ドック ・その他（　　）		／		
3			・一般健診・付加健診 ・ひまわり健診・国保ドック ・その他（　　）		／		
4			・一般健診・付加健診 ・ひまわり健診・国保ドック ・その他（　　）		／		
5			・一般健診・付加健診 ・ひまわり健診・国保ドック ・その他（　　）		／		

※受診者が多い場合は裏面をご利用下さい。　　合計　　名

※　ひまわりセンターの会員が助成の対象です。

※　必要添付書類

・協会けんぽ → 健診予定者名簿(写)または受診日・受診者名の記載された通知書、領収書(写)

・国　　保 → 受診票(写)、領収書(写)

・そ　の　他 → 受診票または請求書(写)、領収書(写)

助成金受取方法を選択して下さい。

① 会費引落口座へ振込（別口座への振込を希望される場合は裏面へご記入下さい。）

② 事務局窓口にて受領（ 来局日　　年　　月　　日(　　) 午前・午後 ）

※ゴム印・印鑑をご持参下さい。

※準備の都合上、来局日変更の場合は事前にご連絡下さい。

処理	局　長	担　当	合　　議

受　付　印

※提出は、直接窓口持参または郵送で　(※FAX 不可)

〒680-0031 鳥取市本町 3 丁目 201 番地　鳥取産業会館・鳥取商工会議所ビル 1 F