

健診受診助成金請求書

(団 体 利 用)

令和 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

電話番号 _____

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ください。

事業所番号							
No.	会員番号	氏名	健診の種類	医療機関	金額	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)

◎ 助成金振込口座をご記入ください。(鳥取銀行、山陰合同銀行、鳥取信用金庫) ※現金支払不可

金融機関	銀行 金庫	支店	預金種目	口座番号
口座名義人	フリガナ		1. 普通	
			2. 当座	

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1F