

※コピーしてお使いください。

平成 年 月 日

人間ドック等受診料助成金申請書

一般財団法人福島市中小企業福祉サービスセンター 理事長

事業所名えふ・サポート株式会社

会員番号

0001

0004

会員氏名泉 清一

生年月日

昭和平成

50年8月5日

連絡先

事業所

自宅・携帯電話（日中の連絡先）000 - 000 - 0000

下記のとおり、領収書(写)を添えて助成金の申請をします。

1. 受診内容

1. 日帰り人間ドック2. 1泊人間ドック3. 脳ドック4. 生活習慣病予防健診に付加健診を併せたもの

2. 医療機関名総合〇〇病院

3. 受診月日平成29年5月10日～平成 年 月 日まで（1泊・日帰り）

4. 自己負担金額

¥35000円

※「生活習慣病予防健診に付加健診を併せたもの」を受診した場合は、付加健診の料金のみ対象です。

5. 申請金額

¥5000円

※助成金額：自己負担額の半額（上限 日帰り5,000円・1泊10,000円・脳ドック5,000円）※100円未満切捨て（詳しくは利用ガイドP12参照）

6. 振込口座※事業所の会費引落口座をご記入ください。

金融機関名										
東北労働					銀行・金庫・農協 信組・（ ）					
福島 本店・支店										
種目	口座番号(右詰)					口座名義				
普通・当座	0	0	1	2	3	4	5	フリガナエフサポート（カ）ダイヒョウトリシマリヤク フクシマ イチロ。		
						えふ・サポート(株) 代表取締役 福島 一郎				

* 事務局記入欄						
助成決定金額					領収証	その他
					円	

理事長	業務執行理事	事務局長	事務局員	担当
	○	○		

No.	
受付日	入力日

○●ご申請時の注意●○
※人間ドック等受診料助成には、「1泊・日帰り人間ドック、脳ドック、付加健診」と明記された、個人宛の領収書(写)の添付が必要です。
(事業所が受診料を負担し、個人から自己負担額を徴収した場合は事業所からの領収書(写)でも可)
※押印箇所は朱肉を使って認印で押印してください。スタンプ印での押印や添付書類の無い場合には受付できません。
ご申請は郵送または直接窓口へおこしください。