

※コピーしてお使いください。

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

会員番号

					—				
--	--	--	--	--	---	--	--	--	--

会員氏名

印

生年月日

昭和・平成

年

月

日

スタンプ印不可

連絡先

(事業所・自宅・携帯電話) 平日の日中の連絡先

—

—

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

3. 受診月日

年

月

日

～

年

月

日まで

(1泊・日帰り)

4. 自己負担金額

								円
--	--	--	--	--	--	--	--	---

↑金額頭部に「¥」を付けてください。

※「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

								円
--	--	--	--	--	--	--	--	---

↑金額頭部に「¥」を付けてください。

※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P24参照)

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									
銀行・金庫・農協 信組・()					本店・支店				
種目	口座番号(右詰)						口座名義		
普通・当座							フリガナ		

* 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●○

※人間ドックと脳ドックを同時に受診された方は、申請書を各1枚ずつご提出ください。2件一緒に記入しないでください。

※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。

押印済の申請書をご提出ください。押印をコピーしたものやFAXでは受付できません。申請は、えふ・サポート窓口に直接または郵送で