※コピーしてお使いください。

令和　　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

○●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(コピー)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(コピー)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、添付書類が無い場合には受付できません。

事業所名

会員番号　　－

会員氏名　　㊞
スタンプ印不可

生年月日　昭和・平成　　年　　月　　日

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（コピー）** 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

※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枚ずつ提出してください。２件一緒に記入しないでください。

２．医療機関名

３．受診月日　令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日　まで（　1泊･日帰り　）

４．自己負担金額　　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．助成申請額　　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・付加健診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記入してください。

金融機関名		
□ 銀行　□ 金庫　□ 農協 □ 信組　□ （　　）		本店・支店
1. 普通 2. 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

※押印済の申請書を提出してください。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ご持参いただくか郵送でお願い致します。