



コピーしてご使用ください。  
申請は、郵送または直接窓口をお願いします。

# 人間ドック・健康診断補助金申請書

年 月 日

請求金額				千				円
------	--	--	--	---	--	--	--	---


上記金額の受診料補助金を請求いたします。

公益財団法人 長岡市勤労者福祉サービスセンター理事長 様

受診日	年 月 日 ~ 年 月 日			
補助対象額	補助額	人数	金額	備考
20,000円以上の場合	5,000円	名	円	別紙受診者名簿 のとおり
10,000円以上20,000円未満の場合	3,000円	名	円	
1,500円以上10,000円未満の場合	1,500円	名	円	
1,500円未満の場合	実費を補助	名	円	

事業所番号

事業所名 \_\_\_\_\_

事業主氏名  
または会員氏名 \_\_\_\_\_ 

## 振込依頼書

補助金額を下記の口座に振り込んでください。

金融機関名		銀行・金庫 ・信用金庫		本店
預金 種目	1. 普通 2. 当座	口座番号	(フリガナ)	_____
		<input type="text"/>	口座名義	

(右詰めでご記入ください)

※「受診者名簿(兼受診者証明書)」(56ページ)と個人別領収書のコピーを添付してください。事業所合算の領収書の場合は、「受診者名簿(兼受診者証明書)」(56ページ)に医療機関等の証明を受けて、郵送または直接窓口へ提出してください。

※補助対象額は医療機関等に支払った金額です。

※預金種目、口座番号、口座名義、フリガナは正確に記入してください。

※申請期限は受診後1年以内です。

※ボールペンで記入し、押印が必要です。

受付印

振込日	入力済印
年 月 日	  