

本請求書に領収書を添付して提出してください

平成30年度 人間ドック・がん検診 受検補助金交付請求書

【申請期間：平成30年4月1日～平成31年3月31日】

FAX:046-821-1207

三浦半島中小企業勤労者福祉サービスセンター 宛	請求日：平成 年 月 日
事業所名： _____	請求者氏名： _____ 印
	〒 _____
	請求者住所： _____

1 補助の種類・請求金額 該当する項目にチェック (☑)・記入してください

<input type="checkbox"/> 人間ドック・単独がん検診 請求金額：【 _____ 円】 最大5,000円 (5,000円未満の場合は実際に支払った金額)	<input type="checkbox"/> 定期健康診断オプションがん検診 検診数 _____ 請求金額 【 _____ 件】×1,000円=【 _____ 円】 1検診につき最大1,000円 (1,000円未満の場合は実際に支払った金額)
---	---

それぞれ以下すべての項目についてご確認頂き、誤りがないようでしたらチェック (☑) をいれてください

健康保険を使っていません	<input type="checkbox"/>
自治体の補助を受けていません	<input type="checkbox"/>
領収書に受診者名が記載されています	<input type="checkbox"/>
領収書に検診名が記載されています	<input type="checkbox"/>
定期健康診断とは別に受けたものです	<input type="checkbox"/>

健康保険を使っていません	<input type="checkbox"/>
自治体の補助を受けていません	<input type="checkbox"/>
領収書に受診者名が記載されています	<input type="checkbox"/>
領収書に検診名が記載されています	<input type="checkbox"/>
定期健康診断と一緒に受けたオプションがん検診です	<input type="checkbox"/>

2 補助金の受取方法を○で囲んでください

振込 ・ サービスセンターにて受取 ・ 事業所お届け



振込先

金融機関名	銀行 ・ 信金 ・ 信組 ・ 農協		
支店名	支店	口座	普通 ・ 当座
フリガナ		口座番号	
口座名義			

センター使用欄：

(データ処理) 台帳 手続き 支払い

記入不要 (_____)