

確認済	入力済
/	/

健康診断補助金 請求書

平成 年 月 日

(財)町田市勤労者福祉サービスセンター 理事長様
下記金額の補助金を請求いたします。

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

事業所名		印
事業所住所		
電話番号		

事業所番号				
記入者名				

健診項目	補助金額	受診者数	補助金額計
簡易項目健康診断 (※35歳未満及び36歳～39歳)	1,000円	名	円
全項目健康診断 (※35歳及び40歳以上～)	2,000円	名	円
全項目健康診断 (※会員100名以上事業所)	3,000円	名	円
生活習慣病予防健診 (※全国健康保険協会[協会けんぽ])	1,000円	名	円
		名	円

◆補助金は上記年齢区分によらず、“実際に受けた検査”により支給いたします。
⇒(例) 30歳の方が、35歳及び40歳以上対象の検査を受けた場合はその補助金をお支払いいたします。

振込先			
金融機関名	銀行・信用金庫 労働組合・農協		出張所 支店
口座の種類	普通・当座・貯蓄	口座番号	
フリガナ			
口座名義			

〔健康診断補助金請求方法・お支払等について〕

この請求書に必要事項を記入し、医療機関等が発行した請求明細書や領収書など…(受診した個々の会員氏名・受診コース・受診日・受診料等の記載があるもの)を添えて当センターに提出(郵送・FAX・センター窓口)してください。

注)領収書を証明書類として利用する場合、合計人数、合計金額等のみ記載の領収書など、…“受診した個々の会員氏名の記載がないもの”は利用できません。

★毎月、月末締めで、翌月25日(当日が金融機関の休業日に当たる時は翌営業日)に、ご指定の金融機関口座にお振込みいたします。