

確認済	入力済
/	/

健康診断補助金 請求書

20 年 月 日

一般財団法人 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
------	--	--	--	--	--	--	--	---

請求金額の訂正はできません。(※訂正印不可。請求書の書き直しをお願い致します。)

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 (※34歳以下及び36歳～39歳の方の受診を想定)	800円	名	円
全項目健康診断 (※35歳及び40歳以上の方の受診を想定)	1,600円	名	円
全項目健康診断(※会員100名以上事業所) (※35歳及び40歳以上の方の受診を想定)	2,400円	名	円
協会けんぽ「生活習慣病予防健診」	800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歳以上の方の受診を想定した「全項目健康診断」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。

健康診断補助は会員1名に対し、年度1回となります。事業所全体で退会された場合、事業所退会後の申請はできません。

★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。