

健康診断補助金申請書

年 月 日

稲城市中小企業勤労者福祉
サービスセンター理事長 殿

健康診断補助金について、領収書等を添えて申請します。

会員氏名 (No.)	Ⓜ	電話番号		
会員住所	〒 -			
事業所名 (No.)		電話番号		
病院名				
利用年月日	内 訳	利用会員氏名	補助金額	受領印
年 月 日	上記会員	/	円	Ⓜ
	会 員 (No.)		円	Ⓜ
合 計			円	

備 考

1. 対象は会員のみです。 会員2人まで申請できます。
2. 補助金は年1回2,000円です。(利用後3ヵ月以内に申請して下さい)
ただし、利用料金が2,000円未満の場合は、実額です。
3. 領収書(原本)または自己負担したことを証明できる書類等を添付して下さい。
4. Ⓜの欄はサインでもOKです。

受 付 者

稲城市立病院人間ドック補助金申請書

令和 年 月 日

稲城市中小企業勤労者福祉
サービスセンター理事長 殿

稲城市立病院人間ドック補助金を申請します。

会員氏名 (No.)		電話番号	
会員住所	〒		
事業所名 (No.)		電話番号	
<small>○をつけてください</small>	健診種別	利用年月日	補助金額
	日帰り人間ドック	令和 年 月 日	8,000円
	1泊2日人間ドック		

備考

- 対象は会員のみです。
- 補助金は一人一回8,000円で、年1回申請できます。
(稲城市立病院健診センターに直接予約をしてから申請をしてください。)
- 申請書受理後、人間ドック利用承認書を発行いたします。
- 受診時、人間ドック利用承認書を市立病院健診センターに提出してください。
あらかじめ補助金8,000円を引かれた額が請求されます。

受付者

--