

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.)			
検査項目に○を付けて ください	胃カメラ検査・大腸がん内視鏡検査・胸部CT検査 腫瘍マーカー検査・脳ドック検査・婦人科検診 その他()		
受診年月日	医療機関名	補助金額	受領印
年 月 日		1,000円	印

- 備 考
- 1. 対象は会員のみです。
 - 2. 一般健康診断時に追加検査(オプション)として実施し、自己負担が3,000円以上の検査が対象です
 - 3. 受診後、3ヵ月以内に申請してください。 ※保険適用の検査は対象外です。
 - 4. 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ください。
 - 5. 印の欄はサインでもOKです。

※人間ドックを受診された方は、「人間ドック利用補助金申請書」で申請してください

受 付 者

人間ドック利用補助金申請書

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				
人間ドック利用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.)				
チェック	受診医療機関区分	受診年月日	補助金額	受領印
☐	稲城市立病院	年 月 日	6,000円	印
☐	上記以外の医療機関	年 月 日	4,000円	印

備 考

- 1. 対象は会員のみです。
- 2. 補助金額は、上記のとおり、年1回申請できます。
- 3. 受診後、3ヵ月以内に「領収書」原本を添付し申請してください。
- 4. 印の欄はサインでもOKです。

受 付 者