注 コピーしてご使用ください。

人間ドック・健康診断補助金申請書

人間ドック補助金は、事業所及び個人いずれの申請もできます。
健康診断補助金は、事業所での申請とし、個人での申請はできません。また振込先として事業所名義以外の口座は指定できません。

年　月　日

請求金額	千	円

上記金額の受診料補助金を請求いたします。

公益財団法人　長岡市勤労者福祉サービスセンター理事長　様

受診日	年　月　日～　月　日			
補助対象額	補助額	人数	請求金額(補助額×人数)	備考
20,000円以上の場合	5,000円	名	円	別紙受診者名簿のとおり
10,000円以上20,000円未満の場合	3,000円	名	円	
1,500円以上10,000円未満の場合	1,500円	名	円	
1,500円未満の場合	実費を補助	名	円	

事業所番号

事業所名

事業主氏名
または会員氏名

振込依頼書

補助金額を下記の口座に振り込んでください。

預金口座	(フリガナ)			
	預金者名			
金融機関名	銀行 金庫 信組 農協　本・支店 本・支所		金融機関コード・店舗コード	
預金種目	1 普通　2 当座　3 貯蓄	口座番号 ※右詰で記入してください。		

※「受診者名簿(兼受診者証明書)」(56ページ)と個人別領収書(写し可)を添付してください。事業所合算の領収書の場合は、「受診者名簿(兼受診者証明書)」(56ページ)に医療機関等の証明を受けて、申請してください。
※PET、脳ドック、各種がん検診、個別の検査のみは補助の対象外です。
※補助対象額は医療機関等に支払った金額です。
※預金種目、口座番号、口座名義、フリガナは正確に記入してください。
※申請期限は受診後1年以内です。
※ボールペンで記入してください。

受付印

センター事務局使用欄	
振込日	入力済印
年　月　日	