

別記様式（第5条関係）

令和 年 月 日

(一財)大里地域勤労者福祉サービスセンター 理事長 あて

人間ドック等利用補助申請書

下記のとおり、医療機関の領収書（写し可）を添えて申請いたします。

会 員 番 号	—	
会 員 氏 名		
生 年 月 日	昭 ・ 平 年 月 日	年 齢 歳
住 所	電話	
事 業 所 名 (勤 務 先)	電話	
保 険 種 別	社会保険 ・ 国民保険 ・ その他 ()	
受診医療機関名		
支 払 金 額 (自 己 負 担 額)	円	
請 求 項 目	自己負担5,001円~10,000円	自己負担10,001円~
いすれかに○で囲む 請 求 額	3,000円	5,000円

※労働安全衛生法で事業主の義務とされている定期健康診断の
事業者負担分は、補助の対象となりません。

※事業所加入の健康保険や市町国保からの補助(負担)額を除いた
額が補助対象です。

事務局使用欄

受付者	担当者	合 議	事業部長	管理部長	事務局長

受 付 印

受 付 印