

コピーしてお使いください

FAXでもご提出いただけます。(FAX 048-524-6657)

別記様式 (第5条関係)

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	大・昭・平 年 月 日	年齢
住 所	電話	
事 業 所 名	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～
いずれかに○で囲む 請 求 額	3,000円	5,000円

受 付 印

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