

# 人間ドック及び脳ドック受診料補助金交付申請書

平成 年 月 日

沼津市・清水町勤労者共済会会長 様

会員番号

--	--	--	--	--	--	--	--

住 所

\_\_\_\_\_

氏 名

\_\_\_\_\_ 印

事業所名

\_\_\_\_\_

沼津市・清水町勤労者共済会 人間ドック及び脳ドック受診料補助事業実施規程第4条の規程により、下記のとおり補助金の交付を申請します。

## 記

1. 交 付 申 請 額 \_\_\_\_\_ 円

2. 受 診 日 \_\_\_\_\_ 平成 年 月 日

3. 医療機関の名称 \_\_\_\_\_

4. 受診料のうち本人負担額 \_\_\_\_\_ 円

※受診者の氏名が記入された領収書(コピー可)を申請書裏面に添付してください。

口座振替依頼書 上記金額を右記口座にお振込ください。	金融機関名	銀行 金庫 農協 漁協	本店 支店 (所)
	預金の種類	普通預金	当座預金
	口座番号		
	フリガナ 口座名義人		

上記金額を領収しました。

平成 年 月 日

沼津市・清水町勤労者共済会会長 様

氏名 \_\_\_\_\_ 印