

# 人間ドック・脳ドック受診料補助金申請書

年 月 日

沼津市・清水町勤労者共済会会長 様

会員番号 

|  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  | - |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|

ふりがな

氏 名 \_\_\_\_\_

事業所名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

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条の規定により、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 \_\_\_\_\_ 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、ドックと明記されている領収書(コピー可)を添付してください。

|                                       |       |   |             |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------|-------|---|-------------|--|--|--|--|--|--|--|
| 口座振替依頼書<br><br>上記金額を右記口座に<br>振込みください。 | 金融機関名 | 銀行<br>金庫<br>農協<br>漁協  | 本店<br>支店(所) |  |  |  |  |  |  |  |
|                                       | 預金の種類 | 普通預金  | 当座預金        |  |  |  |  |  |  |  |
|                                       | 口座番号  | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> |             |  |  |  |  |  |  |  |
|                                       |       |   |             |  |  |  |  |  |  |  |
| ふりがな<br>口座名義人                         | _____ |   |             |  |  |  |  |  |  |  |