

人間ドック及び脳ドック受診料補助金交付申請書

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

※受診者の氏名が記入された領収書（コピー可）を申請書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みください。	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						
	ふりがな 口座名義人						

※約2週間後に振り込み致します。振込先が個人口座については振込通知をしませんので、ご自身でご確認ください。