

# 助成金請求書(定期健康診断受診)

一般社団法人 野田市中小企業勤労者福祉  
サービスセンター会長 宛

年 月 日

事業所名 \_\_\_\_\_ 電話 ( \_\_\_\_\_ )

代表者名 \_\_\_\_\_ FAX ( \_\_\_\_\_ )

下記のとおり、定期健康診断受診の助成を受けたいので請求します。

請求金額

	円
--	---

※金額は記入しないでください。

○受診年月日

年 月 日 ※申請期間は受診日より3カ月以内とする。

○受診医療機関

名 称 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

登録番号	氏 名	登録番号	氏 名
-		-	
-		-	
-		-	
-		-	
-		-	

○振込先銀行口座

銀行名	支店名	口座種類	口座番号	名義人
銀行	支店	普通 当 座		

【サービスセンター事務欄 以下は記入しないでください】

受 付 印	
窓 口 ・ 郵 送	

支払日	備 考
/	