

添付書類 …… 領収書 または 請求書 (受診者数・単価記載のもの)

事務局長	代理	課長	係長・主任	担当	入力

受 付 印	
-------------	--

FAX不可

健康診断受診助成金請求書

年 月 日

(一財)岡山市勤労者サポートプラザ理事長 様

(一財)岡山市勤労者サポートプラザ事業規則に基づき、下記の助成金を請求します。
なお、助成金の受領については、下記の口座へ振り込んでください。

金 額										0 0 円
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------

ただし、健康診断受診助成金として

指定医療機関受診者 @1,500円× 名分= 円

その他医療機関受診者 @ 500円× 名分= 円

事業所番号

--	--	--	--	--

所在地 _____

事業所名 _____

代表者名 _____



←事業所代表者の印
※個人では請求できません。

連絡先 ☎ _____
(会社・自宅・携帯)

受診医療機関名 _____
※受診機関が複数ある場合は、すべて記入してください。

受診年月日 _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日
※受診後1年以内にご請求ください。

振 込 依 頼 口 座	金融機関名	銀行・信用金庫・信用組合 店								
	口座の種類	普通・当座	口座番号							右詰め→
	フリガナ	_____								
	口座名義	_____								

事業所口座または会費引落口座をご記入ください。

対象者が15名を超える場合は、別紙受診者名簿を使用してください。
ご請求時に既に退会している方でも、健康診断受診時に会員であった場合は、助成の対象となりますので、ご請求ください。

会員氏名		医療機関
①	会員番号 _____	指定・その他
②	会員番号 _____	指定・その他
③	会員番号 _____	指定・その他
④	会員番号 _____	指定・その他
⑤	会員番号 _____	指定・その他
⑥	会員番号 _____	指定・その他
⑦	会員番号 _____	指定・その他
⑧	会員番号 _____	指定・その他
⑨	会員番号 _____	指定・その他
⑩	会員番号 _____	指定・その他
⑪	会員番号 _____	指定・その他
⑫	会員番号 _____	指定・その他
⑬	会員番号 _____	指定・その他
⑭	会員番号 _____	指定・その他
⑮	会員番号 _____	指定・その他

←受診された医療機関がときめきプラザ指定の医療機関の場合は、指定に○印を、その他の医療機関の場合は、その他に○印を付けてください。

