



FAXでは
請求できません

様式第2号

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・主査	担当	入力

ご請求先

切手	〒700-0905
春日町5-6 ときめきプラザ 宛	
〇〇〇〇〇〇 〇〇〇〇〇〇	

受付印

健康診断受診助成金請求書

令和 99 年 99 月 99 日

一般財団法人
岡山市勤労者サポートプラザ理事長 様

一般財団法人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	¥	1	7	5	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 × 10 人分 = 15,000 円

その他医療機関受診者 @500円 × 5 人分 = 2,500 円

事業所番号 0 0 2 1 4

所在地 岡山市北区春日町〇-〇

事業所名 (株)ときめきプラザ

代表者名 代表取締役 鈴木 一郎

連絡先 ☎ 086 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇

(携帯・自宅(会社))

受診医療機関名 〇〇内科医院、〇〇〇〇クリニック

※受診機関が複数の場合は、すべてご記入ください。

受診年月日 令和 99 年 99 月 99 日 ~ 令和 99 年 99 月 99 日

金融機関名 〇〇〇 銀行・信用金庫・信用組合 〇〇〇 店

口座の種類 (普通)・当座 口座番号 0 1 2 3 4 5 6

フリガナ カ) トキメキプラザ ダイヒョウトリシマリヤク スズキ イチロウ

口座名義 (株)ときめきプラザ 代表取締役 鈴木 一郎

※事業所口座または会費引落口座をご指定ください。

No.	会員番号(下4桁)	会員氏名(受診者)	医療機関
1	0 0 0 1	〇〇 〇〇	指定・他
2	0 0 0 2	〇〇 〇〇	指定・他
3	0 0 0 3	〇〇 〇〇	指定・他
4	0 0 0 4	〇〇 〇〇	指定・他
5	0 0 0 5	〇〇 〇〇	指定・他
6	0 0 0 6	〇〇 〇〇	指定・他
7	0 0 0 7	〇〇 〇〇	指定・他
8	0 0 0 8	〇〇 〇〇	指定・他
9	0 0 0 9	〇〇 〇〇	指定・他
10	0 0 1 0	〇〇 〇〇	指定・他
11	0 0 1 1	〇〇 〇〇	指定・他
12	0 0 1 2	〇〇 〇〇	指定・他
13	0 0 1 3	〇〇 〇〇	指定・他
14	0 0 1 4	〇〇 〇〇	指定・他
15	0 0 1 5	〇〇 〇〇	指定・他
16			指定・他
17			指定・他
18			指定・他
19			指定・他
20			指定・他

※病気などの検査目的で受診する社会保険などの保険点数
がつく検査は対象外。

※対象者が 20 人を超える場合は、別紙受診者名簿をご使用
ください。

※請求時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。



請求期限 _____
受診日~1 年を経過した日の属する月の末日

詳細は、ときめきプラザの WEB サイトをご確認ください。

🔍 <https://tokimekiplaza.jp/service/medical-checkup/>

