



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 年 月 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 |  |  |  |  |  |  |  |  | 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 × 人分 = 円

その他医療機関受診者 @500円 × 人分 = 円

事業所番号

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

所在地

---

事業所名

---

代表者名

---

連絡先 ☎ - -

(携帯・自宅・会社)

|                          |                |      |   |   |   |    |   |   |   |  |  |      |
|--------------------------|----------------|------|---|---|---|----|---|---|---|--|--|------|
| 受診医療機関名                  |                |      |   |   |   |    |   |   |   |  |  |      |
| ※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             | 年    | 月 | 日 | ～ | 令和 | 年 | 月 | 日 |  |  |      |
| 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   |           |           | 指定・他 |
| 2   |           |           | 指定・他 |
| 3   |           |           | 指定・他 |
| 4   |           |           | 指定・他 |
| 5   |           |           | 指定・他 |
| 6   |           |           | 指定・他 |
| 7   |           |           | 指定・他 |
| 8   |           |           | 指定・他 |
| 9   |           |           | 指定・他 |
| 10  |           |           | 指定・他 |
| 11  |           |           | 指定・他 |
| 12  |           |           | 指定・他 |
| 13  |           |           | 指定・他 |
| 14  |           |           | 指定・他 |
| 15  |           |           | 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  
がつかない検査は対象外。

※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 31 日

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/>

