

添付書類……領収書または請求書(受診者数・単価記載のもの)

受付印	
-----	--

事務局長	代理	課長	係長・主査	担当	入力

FAX不可

# 健康診断受診助成金請求書

令和 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					00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)

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。

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	令和 年 月 日 ~ 令和 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。