



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					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

連絡先 ☎ - - (携帯・自宅・会社)

受診医療機関名								
<small>※受診機関が複数の場合は、すべてご記入ください。</small>								
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
がつく検査は対象外。
※対象者が 20 名を超える場合は、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 年度内の最終受診日～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/>

