

人間ドック利用補助申請書

公益財団法人 川越市勤労者福祉サービスセンター 御中

次のとおり申請します。

なお、受給資格確認のため担当職員が医療機関に検査内容を照会し回答を受けることを承諾します。

申請者記入欄	会 員 番 号	—		
	事 業 所 名			
	氏 名	Ⓜ		
	住 所			
	年 齢	歳	性 別	男 ・ 女
	電 話 番 号	()		

医療機関証明欄	種 別	1. 全額自己負担健診 2. 各種健保組合健診	
	保険種類	協会けんぽ ・ 国保 ・ その他 ()	
	受 診 日	平成 年 月 日～平成 年 月 日 (日間)	
	健康診断費用総額	円	
	受 診 者 負 担 額	円	
	医 療 機 関 名	所在地	TEL
		Ⓜ	

(注) 全額自己負担健診の場合、保険種類は記入不要です。

振込先金融機関

申請者記入欄	金融機関名	銀行		支店
	種 別	普通・当座	口座番号	
	フリガナ 口座名義人			

◎添付書類：医療機関の証明がない場合は、領収書（受診者名及び人間ドックの受診が明記されたもの）の原本

処理欄

収受印

入力・確認日： /

会員期間	年	ヶ月	年齢	歳
補助決定額				円