

多摩市勤労者市民共済会
健康診断受診料補助金申請書

年 月 日

多摩市勤労者市民共済会会長 殿

下記の通り受診しましたので関係書類を添えて補助金を申請します。

事業所名

住 所

代表者名

電話番号 ()

事業所番号

No.	会員氏名	個人番号	No.	会員氏名	個人番号
1	健・ド		11	健・ド	
2	健・ド		12	健・ド	
3	健・ド		13	健・ド	
4	健・ド		14	健・ド	
5	健・ド		15	健・ド	
6	健・ド		16	健・ド	
7	健・ド		17	健・ド	
8	健・ド		18	健・ド	
9	健・ド		19	健・ド	
10	健・ド		20	健・ド	

補助金額	健康診断 補助単価 2,000円 × 利用人数 人	補助合計金額
	人間ドック 補助単価 5,000円 × 利用人数 人	

受取方法	<input type="checkbox"/> 口座振替	振込口座	銀行名	銀行・信金・農協 本・支店					
			口座番号	普・当					
	<input type="checkbox"/> 窓口受取	口座名義人	フリガナ						
	連絡先	TEL	()						

※ 添付書類 会員本人氏名(フルネーム)の領収書(写し)(医療機関発行または銀行振込受取書・銀行振込照会結果)
(定期健康診断(生活習慣病予防健診等)または人間ドックの明記、受診日記載のもの)

※ 事業所でまとめて申請される場合は、定期健康診断(生活習慣病予防健診等)または人間ドックの明記(受診内容)、
受診日、受診者ごとの受診料が記載されている医療機関発行の受診者名簿等を申請者全員分の領収書とは別に
提出してください。

※ 乳がん・大腸がん・胃がん検診・脳ドック等単独の検診、オプション代のみは対象になりません。

※ 健康診断補助金の補助対象資格は入会月の3ヵ月後からとなります。

(詳細は保存版参照)

事務局記載欄

受付日	データ入力	振込 / 現金 処理日