様式4号

コピー可

ＦＡＸでの申請受付はできません

（一財）大分県北部勤労者福祉サービスセンター　様

健 康 診 断 助 成 金 請 求 書（事業所一括用）

※2名以上まとめて請求される場合にお使いください。

請求金額								円

必要書類を添付のうえ、請求します。

受診料　5,000円以上	請求会員数	名 ×	3,000 円 ＝		円
受診料　10,000円以上	請求会員数	名 ×	5,000 円 ＝		円

※申請の際は**ガイドブック⑦ページ**をご覧ください。

上記の事由について証明します

事業所番号 □□□□□

（会員証の最初の５ケタを記入してください）

年　　月　　日

（記入日）

事業所名

代表者名　　印

受取方法

（☑をお願いします）

□ 現金…センター窓口

□ 振込…（事業所所在地：旧下毛郡・宇佐市・豊後高田市・福岡県）

事務局長	次長	担当者

処理年月日

支払年月日