

(記 入 例)

コピー可

様式4号

(一財) 大分県北部勤労者福祉サービスセンター

FAXでの申請受付はできません

※本請求書に以下の書類を添付してご提出ください。

【添付書類】

- 受診施設または医療機関の領収書 (原本)
- 受診者名簿
- 請求書

※領収書・受診者名簿には「①会員氏名 (フルネーム) ②受診年月日 ③受診料」の記載が必要です。請求する方がわかりやすい様に印 (マーカー等) をつけて提出してください。

健康診断助成金申請書

※2名以上まとめて請求される場合にお使い

請求金額

80000 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 10名 × 3,000円 = 30,000円

受診料 10,000円以上 請求会員数 10名 × 5,000円 = 50,000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

1 2 3 4 5

(会員証の最初の5ケタを記入してください)

会社の代表者印を押印
ください

年 月 日

(記入日)

事業所名

株式会社サービスセンター

代表者名

代表取締役 中 津 太 郎

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)

どちらかに☑してください

事務局長

次長

担当者

処理年月日

支払年月日