人間ドック受診助成　支給申請書

令和　　　年　　　月　　　日

射水市ゆとりライフ互助会　御中

事業所番号：

事業所名　：　　　　　　　　　　　　　㊞

電話番号　：

下記の通り、人間ドック受診の領収書を添付して申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 会員番号 |  | 受診年月日 | 受診費用 |
| フリガナ |  | 令和　　年　　月　　日 | 円 |
| 会員名 |  |
| 会員番号 |  | 受診年月日 | 受診費用 |
| フリガナ |  | 令和　　年　　月　　日 | 円 |
| 会員名 |  |
| 会員番号 |  | 受診年月日 | 受診費用 |
| フリガナ |  | 令和　　年　　月　　日 | 円 |
| 会員名 |  |
| 会員番号 |  | 受診年月日 | 受診費用 |
| フリガナ |  | 令和　　年　　月　　日 | 円 |
| 会員名 |  |
| 会員番号 |  | 受診年月日 | 受診費用 |
| フリガナ |  | 令和　　年　　月　　日 | 円 |
| 会員名 |  |

@3,000円×　　　　名分　合計金額　　　　　　　　　　円

※申請前に必ずご確認ください（□にチェックを入れてください）。

□添付の領収書には氏名、内容（人間ドック（ドック））、受診費用、受診年月日、医療機関名が記載されていることを確認しました。

□勤務先や他の保険等で助成を受けている場合でも、自己負担分が所定の金額以上（3,000円以上）であることを確認しました。