

| | | | | |
|--------|-------|------|------|------|
| 決 裁 | 理 事 長 | 専務理事 | 事務局長 | 事務局員 |
| | | | | |

| | | | | |
|-----|--|--|--|--|
| No. | | | | |
|-----|--|--|--|--|

人間ドック・脳ドック・婦人科検診受診料補助金交付申請書

年 月 日

富士市勤労者福祉サービスセンター理事長 様

会員番号

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

申請者 会員住所

会員氏名

㊤

下記のとおり、人間ドック・脳ドック・婦人科検診受診料補助金交付を申請します。

人間ドック・脳ドック 7,000円× 人= _____ 円

婦人科検診 2,000円× 人= _____ 円

| 会員番号 | 氏 名 | 受 診 日 | 受 診 区 分 |
|------|-----|-------|------------------|
| | | 年 月 日 | 人間ドック・脳ドック・婦人科検診 |
| | | 年 月 日 | 人間ドック・脳ドック・婦人科検診 |
| | | 年 月 日 | 人間ドック・脳ドック・婦人科検診 |
| | | 年 月 日 | 人間ドック・脳ドック・婦人科検診 |
| | | 年 月 日 | 人間ドック・脳ドック・婦人科検診 |
| | | 年 月 日 | 人間ドック・脳ドック・婦人科検診 |

| | | | | | | | | | | |
|-------------|----------------|--|--|-----------------------|--|--|--|--|--|--|
| 振 込 先 | 銀行・金庫・農協 ()支店 | | | | | | | | | |
| | 普通・当座 | | | 口座番号 (右詰で記入してください) | | | | | | |
| | 口座名義 (カタカナ) | | | | | | | | | |

※ 補助の申請は受診後1ヶ月以内をお願いします。

※ 利用通知書を添付してください。(受診予約後、サービスセンターで発行します)