

人間ドック受診料・健康診断付加検診受診料 補助申請書

平成 年 月 日

高島市勤労者互助会 御中

事業所名 _____

(TEL _____)

評議員名 _____ (印)

下記のとおり受診料の補助を申請します。

@ 3, 0 0 0 円× 名分 合計金額 _____ 円

会員名		男・女	生年月日	受診施設
歳	—	歳	受診年月日	受診費用
会員番号				
会員名		男・女	生年月日	受診施設
歳	—	歳	受診年月日	受診費用
会員番号				
会員名		男・女	生年月日	受診施設
歳	—	歳	受診年月日	受診費用
会員番号				
会員名		男・女	生年月日	受診施設
歳	—	歳	受診年月日	受診費用
会員番号				
会員名		男・女	生年月日	受診施設
歳	—	歳	受診年月日	受診費用
会員番号				

※受診料の領収書（写）を添付してください。