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		(EI)

下記のとおり受診料の補助を申請します。

@3,000円× 名分

合計金額

		田 - 七	生年月日	受診施設
会 員 名	男・女			
		受診年月日	受診費用	
会員番号	_	歳		
ム只田り				
		男・女	生年月日	受診施設
五員.	会 員 名	カ・女		
名		受診年月日	受診費用	
会員番号	_	歳		
五只留 力				
会 員 名	男・女	生年月日	受診施設	
		受診年月日	受診費用	
		歳	<u> </u>	∠₩ <u>₩</u> /1
会員番号	_			
会 員 名	男・女	生年月日	受診施設	
				受診費用
		歳	文的十万百	文的真用
会員番号	_			
会 員 名		男・女	生年月日	受診施設
		受診年月日	受診費用	
		歳	又 的 十 万 日	义的具用
会員番号	_			

※受診料の領収書(写)を添付してください。