

所沢市中小企業勤労者福祉サービスセンター
人間ドック受診費用補助金請求書

請求金額 5,000円

受診日 年 月 日

補助金の額は、5,000円とし、会員の負担した額が5,000円未満の時は実費とします。

上記金額の受診費用補助金を請求いたします。

※医療機関の領収書（写）及び検査結果の写し（受診日と受診者名と受診医療機関名が記載されている部分）を添付してください。

※領収書または検査結果に「人間ドック」と記載のない場合は、受診検査項目の添付が必要です。

年 月 日

所沢市中小企業勤労者福祉サービスセンター理事長 宛

会員番号 -

会員氏名 _____ 印

事務局長	担当

	受付	入力
処 理	月/日	
	/	