

所沢市中小企業勤労者福祉サービスセンター
定期健康診断受診費用補助金請求書

請求金額 1,000円 × (名)

受診日 年 月 日

補助金の額は、1,000円とし、会員の負担した額が1,000円未満の場合は実費とします。

上記金額の受診費用補助金を請求いたします。

※負担額が記載された医療機関の領収書（写）を添付してください。

※同一事業所で一括請求を行う場合は、請求金額の人数欄に受診した会員数を、会員氏名欄に事業所名を記入し、会員番号、氏名、受診日、負担金額が記載された名簿を作成し添付してください。

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 ー

会員氏名 _____ 印

事務局長	担当

	受付	入力
処 理	月/日	
	/	