

人間ドック等利用補助申請書

平成 年 月 日

高石市勤労者福祉互助会

会長 様

事業所名 \_\_\_\_\_

会員住所 \_\_\_\_\_

会員番号 \_\_\_\_\_

会 員 名 \_\_\_\_\_ ⑩

高石市勤労者福祉互助会 人間ドック 成人病予防検診 利用補助を受けたく下記のとおり

申請します。

記

1. 受診年月日 平成 年 月 日 \_\_\_\_\_
2. 受 診 先 \_\_\_\_\_
3. 受 診 料 \_\_\_\_\_

(申請者氏名・受診日・受診した病院名が明記された領収書(コピー)を添付)

下記口座に振込み願います。

銀行		支店	預金種別	普通・当座
口座番号			口座名義	

領 収 書

上記の金額領収しました。

平成 年 月 日

氏名

印

※ 領収書は、現金受取の場合のみ記入