

健康増進事業助成金請求書

助成金請求額					円
--------	--	--	--	--	---

満40歳以上の会員 名×2,000円＝ 円

健康増進事業による健康診断を受診したので、健康診断書(写)を添えて上記のとおり請求します。

健診種別	生活習慣病予防健診（ 一般健診 ・ 短期人間ドック ）				
医療機関名					
会員番号	会員氏名	受診日	会員番号	会員氏名	受診日
		月 日			月 日
		月 日			月 日
		月 日			月 日
		月 日			月 日
		月 日			月 日
		月 日			月 日
		月 日			月 日
		月 日			月 日
		月 日			月 日

年 月 日

所 在 地

事 業 所 名

契 約 代 表 者

一般財団法人 苫小牧市勤労者共済センター 様