申請期限：2026年3月31日　**FAX不可**

会員番号					

申請書有効期限：2025年4月1日～2026年3月31日

健康診断利用助成金申請書

申請人数	（自己負担額　2,000円以上）@1,000円×	名＝	円
	（自己負担額　5,000円以上）@3,000円×	名＝	円
	（自己負担額30,000円以上）@5,000円×	名＝	円
	（自己負担額50,000円以上）@9,000円×	名＝	円
助成申請金額	円		

一般健康診断　・　人間ドック　の助成を受けたいので、申請します。

令和　　年　　月　　日

（一財）　大分県東部勤労者福祉サービスセンター　御中

（個人でご加入の方は自宅住所と氏名を記入し、本人印を押印ください）

事業所住所

事業所名

代表者名　　印（代表者印）

【申請者名簿】※申請人数多数の場合、各種助成金申請者名簿（P57）をコピーしてご利用ください

個人番号	氏　名	1名分の受診料	個人番号	氏　名	1名分の受診料
		￥			￥
		￥			￥
		￥			￥
		￥			￥
		￥			￥

※検査入院・保険診療等は対象外

【必要添付書類】

①**受診機関発行の領収証（一般健診・人間ドックが明記されたもの）**

振込みをした場合は請求明細書と振込みをしたことがわかる領収証などの支払い証明

②**個人ごとの所要金額が確認できる書類**

（会員氏名・個人ごとの健診料・健診項目が明記されているもの）

※自己負担額が2,000円以上の場合が対象　①・②コピー可

ここから下は記入しないでください

支出負担行為兼支出命令票

交付人数	@1,000円×	名＝	円
	@3,000円×	名＝	円
	@5,000円×	名＝	円
	@9,000円×	名＝	円
交付決定金額			円

上記のとおり支出いたしたい。　　No.

事務局長	課　長	担　当

受付年月日	令和	年	月	日
発議年月日	令和	年	月	日
決裁年月日	令和	年	月	日
支払年月日	令和	年	月	日