

申請期限：2025年3月31日 **FAX不可**

会員番号

申請書有効期限：2024年4月1日～2025年3月31日

健康診断利用助成金申請書

申請人数	@1,000円×	名=	円
	@3,000円×	名=	円
	@5,000円×	名=	円
	@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】

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
		¥			¥
		¥			¥
		¥			¥
		¥			¥
		¥			¥

◎必要添付書類の詳細は裏面を、申請金額についてはP9をご覧ください。

※自己負担額が**2,000円**以上の場合が対象

※**検査入院・保険診療等は対象外**

※申請人数多数の場合、各種助成金申請者名簿(P67)をコピーしてご利用ください。

太枠内にご記入のうえ、印鑑の押し忘れにご注意ください。

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

各種申請書はホームページよりダウンロードできます。

[ピアワーク](#)

検索