

事業所健診助成金請求書

事業所健診利用助成 受診者内訳は下記のとおり			金額				円
会員番号	会員氏名	受診日	会員番号	会員氏名	受診日		
合計	@ 1,000円 × 名						

上記の通り請求します。

令和 年 月 日

一般財団法人室蘭市勤労者共済センター理事長 様

事業所番号

住 所

事業所名

代表者名

印

電話番号 ☎

【助成金振込口座】

振替先金融機関

預金種目 口座番号

銀行

金庫

店

当・普

No.

口座名義

※ 受診した医療機関の領収書等の添付が必要です。(コピー可)

※センター処理欄

支 出		年 月 日	備 考			
支出科目	大科目	事業費		専務理事	事務局長	主任
	中科目	健康維持増進事業費				
	小科目	利用補助費				