

※発券番号 (SCK記入欄)	
※消込欄 (SCK記入欄)	
※振込日 (SCK記入欄)	

定期健康診断(事業所対象)補助申請書

平成 年 月 日

(公財)堺市勤労者福祉サービスセンター理事長 様

定期健康診断を受診しましたので、領収書(写)を添え補助金を申請します。

事業所番号					事業所名				
					代表者名	⑩			
担当者名					電話番号				
受診医療機関									
受診日	平成 年 月 日				～	平成 年 月 日			
補助金振込先	会費引落し口座 ・ 給付金振込口座 (どちらかを選択し、○で囲んでください)								

受診者名

	会員番号	氏名	受診日 年齢		会員番号	氏名	受診日 年齢
1				11			
2				12			
3				13			
4				14			
5				15			
6				16			
7				17			
8				18			
9				19			
10				20			

補助請求金額		円	内訳	35歳未満及び36～39歳の会員	1,500円	×		名
				35歳及び40歳以上の会員	1,500円	×		名

※ 太枠内をご記入ください。

※ ご記入いただいた個人情報は、SCK事業の目的以外には利用いたしません。

*サービスセンター受付印

確認1	確認2	担当	入力

*サービスセンター受付印