

※発券番号 (SCK記入欄)	
-------------------	--

定期健康診断(事業所対象)補助申請書

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。
 なお、受診に際し、事業所として下記の事業所負担額を支出しております。

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	年 月 日 ~				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	事業所負担額 (※オプションなど一部本人が負担しているものは除く)
1				円
2				円
3				円
4				円
5				円
6				円
7				円
8				円
9				円
10				円

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

※ 必ず健康診断を受診したことが確認できる「事業所宛の領収書」を添付してください。
 (事業所宛の領収書+請求明細書でも可)

※ 会員負担で付加健診を受診された場合は、会員負担額に応じて個人対象の補助制度がご利用いただけます。
 ※ 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。

確認1	確認2	担当	入力

*サービスセンター受付印