

※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

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					印			
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	会費引落とし口座 ・ 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