

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

定期健康診断補助（事業所対象）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たので、領収書（写）を添えて補助金を申請します。

なお、事業所として下記の事業所負担額を支出しています。

事業所番号	事業所名			
	代表者名			㊟
事務担当者名			電話番号	
受診医療機関				
受診日	R	年	月	日 ~ R 年 月 日
補助金振込先	会費引落口座 ・ 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会員の人数が確認できる「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を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事業の目的以外に使用いたしません。

サービスセンター受付印

確認2  確認1  担当  入力