

健康診断助成請求書 (事業所用)

年 月 日

公益財団法人相模原市勤労者福祉センター理事長 殿
センター事業助成等規程に基づき次のとおり請求します。

(請求者)

| | | | |
|------|--|-------|--|
| 事業所名 | | 事業所番号 | |
| | | TEL | |
| 代表者名 | | 担当者 | |

| | |
|--------|---|
| 請求額 | 会員1人 <u>1,000円 × 名 = 円</u> ※会員1名につき年度(4月~翌年3月)1回のみ請求可能 ※年度1回の受診を基本とするが、法定で2回とされている職種の場合は2回まで |
| | 受診日初日 |
| 添付書類確認 | <input type="checkbox"/> 医療機関発行の請求書または領収書(写し) <input type="checkbox"/> 健康診断受診者名簿 |

- 事業所単位でご請求ください。
 - 健康診断受診料金として1,000円以上支払った場合に助成します。
 - 助成は、会員期間中に受診し、請求したものに限りです。
 - 受診日から1年以内に請求してください。
 - 助成金は(4・7・10・1月)の20日に指定口座へ振り込みます。
- ※ご記入いただいた個人情報は、当該助成支給目的以外には利用しません。

☎郵送または窓口へご提出ください。(FAX不可)

健康診断受診者・インフルエンザ予防接種者 名簿

| 事業所名 | | | | 事業所番号 | | | |
|------|----------------------------|------|--------|----------------------------|--|--|--|
| 請求項目 | 1. 健康診断助成(労働安全衛生法に基づく健康診断) | | | 2. インフルエンザ予防接種助成(10～12月接種) | | | |
| | 受診・接種者名(会員氏名) | 会員番号 | 受診・接種日 | 備考 | | | |
| 1 | | - | 年 月 日 | | | | |
| 2 | | - | 年 月 日 | | | | |
| 3 | | - | 年 月 日 | | | | |
| 4 | | - | 年 月 日 | | | | |
| 5 | | - | 年 月 日 | | | | |
| 6 | | - | 年 月 日 | | | | |
| 7 | | - | 年 月 日 | | | | |
| 8 | | - | 年 月 日 | | | | |
| 9 | | - | 年 月 日 | | | | |
| 10 | | - | 年 月 日 | | | | |
| 11 | | - | 年 月 日 | | | | |
| 12 | | - | 年 月 日 | | | | |
| 13 | | - | 年 月 日 | | | | |
| 14 | | - | 年 月 日 | | | | |
| 15 | | - | 年 月 日 | | | | |
| 16 | | - | 年 月 日 | | | | |
| 17 | | - | 年 月 日 | | | | |
| 18 | | - | 年 月 日 | | | | |
| 19 | | - | 年 月 日 | | | | |
| 20 | | - | 年 月 日 | | | | |
| 21 | | - | 年 月 日 | | | | |
| 22 | | - | 年 月 日 | | | | |
| 23 | | - | 年 月 日 | | | | |
| 24 | | - | 年 月 日 | | | | |
| 25 | | - | 年 月 日 | | | | |
| 26 | | - | 年 月 日 | | | | |
| 27 | | - | 年 月 日 | | | | |
| 28 | | - | 年 月 日 | | | | |
| 29 | | - | 年 月 日 | | | | |
| 30 | | - | 年 月 日 | | | | |

※この様式は健康診断助成請求書・インフルエンザ予防接種助成請求書を申請する際の添付書類です。