

健康診断助成請求書

年 月 日

公益財団法人相模原市勤労者福祉サービスセンター理事長 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				

助成額	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回まで請求可能
受診医療機関名	
健康診断受診料金	合計 円
添付書類確認	<input type="checkbox"/> 医療機関発行の請求書(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名につき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6か月以内に請求してください。
 - 助成金は(4・7・10・1月)の20日に共済給付金振込口座に振り込まれます。
- ※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

(第11号様式)

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。