

☆申請は事務局までFAXまたは郵送で

TEL0282(20)5183 FAX0282(20)5184 / 〒328-0016 栃木市入舟町 6-8 栃木市市民交流センター

人間ドック・脳ドック及びインフルエンザ予防接種受診助成申請書

年 月 日

栃木市勤労者福祉サービスセンター

理事長 様

事業所番号
及び会員番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

事業所名

会員名

次のとおり受診いたしましたので、申請いたします。

受診日	年 月 日											
受診の種類	※いずれかを○で囲んでください。											
	人間ドック ・ 脳ドック	インフルエンザ予防接種										
振込口座	※いずれかを○で囲んでください。											
	事業所口座 ・ 本人口座											
	※ 本人口座振込みの方のみご記入ください											
	銀行・信用金庫	本店										
	信用組合・信連	支店										
労働金庫・農協	出張所											
口座の種類	普通 ・ 当座											
口座番号	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											
フリガナ												
口座名義人												
振込口座の記入は必要ありません。												

- ※ 各助成は年度内1回限りです。
- ※ 受診した領収書, 又は領収書の写しを添付してください。
- ※ 人間ドック・脳ドック受診の助成額は10,000円とし、受診料の個人負担額が30,000円未満の場合は助成額を5,000円、5,000円未満の場合は実際に支払った額とし、支払った額の100円未満は切り捨てます。

事務局長	係	事務局チェック欄	受付印
		<input type="checkbox"/> 人間ドック・脳ドック受診助成 10,000円	
		<input type="checkbox"/> 人間ドック・脳ドック受診助成 5,000円	
		<input type="checkbox"/> インフルエンザ予防接種受診助成 500円相当の品	