



※コピーしてお使いください。
FAXでも受け付けます。

※大企業会員(事業所No.70001)は対象外です。

申請日 令和 年 月 日

人間ドック・脳ドック受診助成申請書

一般財団法人 両毛地区勤労者福祉共済会理事長 様

会員番号

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

次のとおり助成金を申請いたします。

事業所名

電話番号 () - 担当

会員名



※会員名欄には、必ず押印をして下さい。

受診者 生年月日	S 年 月 日 (満 歳) ※満35歳以上の会員が対象です。	
◎該当するところに○をつけてください		
日帰り	2,000円	< 受診日 > 令和 年 月 日)
1泊2日	3,000円	令和 年 月 日
事業主 証明欄	上記請求のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日	



両毛メート使用欄

処	理	事業課	総務課	事務局長	常務理事
入力No.	入力者印				

両毛メート受付印

--

※裏面に、領収証を添付してください。(コピーでも結構です)
 ※受診した日から6ヶ月以内に申請してください。
 ※助成金は、事業主の指定する口座に振り込みます。

※健康診断・生活習慣病予防健診は対象外です。
 ※助成金は、入会月の翌月以降に受診したものに
 限ります。