



※A4サイズに拡大コピーしてお使いください。
FAXでも受付けます。

※事業所No.70001の会員は対象外です。

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 事業所番号-会員番号 -

下記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 _____ 印

※会員名欄には、必ず押印をして下さい。

受診者 生年月日	昭和・平成 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 } 令和 年 月 日
1泊2日	3,000円	
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 事業所 及び 代表者名 _____ 印	

両毛メート処理欄					受付印
入力No.	入力	担当課	事務局長	常務理事	

※裏面に、領収証を添付してください。(コピーでも結構です。)

※健康診断・生活習慣病予防健診は対象外です。

※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、入会月の翌月以降に受診したものに

※助成金は、事業主の指定する口座に振り込みます。

限ります。