※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

下記のとおり助成金を申請いたします。

事業所番号−会員番号 □□□□□ − □□□□

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	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　　㊞	

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。）
※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。