

注 注意① コピーしてお使いください
 注意② ご記入はボールペンで(鉛筆不可)

ニピイ FAX送信番号
FAX 025-201-6117

様式
6

定期健康診断・ 人間ドック受診料補助金請求書

請求金額								円
------	--	--	--	--	--	--	--	---

(内 訳) 1,600円× 名 (健康診断)
 5,000円× 名 (人間ドック契約医療機関)
 3,000円× 名 (人間ドック一般医療機関)
 円× 名 (支払額が補助金額に満たない場合、支払額を上限とします)
 上記のとおり受診料補助金を請求いたします。

***医療機関から発行される請求書 (人数、内容が明記されたもの) と
 領収書 (写) を必ず添付してください。
 ネットバンキング等を利用の場合は、領収書の代わりに伝送明細
 (該当箇所のみ) を添付してください。**

(公財)新潟市勤労者福祉サービスセンター理事長 様

事業所名

印

事業所番号

--	--	--	--	--

事業所TEL ()

担当者名

振込先金融機関							
銀行・信用金庫						本店	
労働金庫・信用組合						支店	
□座種別	1. 普通 2. 当座		□座番号				
フリガナ	*必須						
□座名義人							

*記入もれ等がありますとお振込みができません。必ず内容をご確認のうえ、ご請求ください。