

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)

コピー 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
------	--	--	--	--	--	--	--	---

令和 年 月 日

- (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。
 (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	事業所番号	<input type="text"/>
事業主名		
事業所TEL ()	担当者名	

添付書類 (コピー可)	①対象者名簿 (様式7、次ページ掲載) ②医療機関の請求書 (受診内容・人数が明記されたもの) ③医療機関の領収書 (ネットバンキング等の場合は伝送明細の該当箇所)
-------------	--

補助金振込先 *郵便局は指定不可(ゆうちょ銀行は可) *記入もれ・誤りのないよう正確にご記入ください

金融機関名	銀行コード()		支店名	店番号()				
口座種別	1. 普通	2. 当座	口座番号					
フリガナ	*必須							
口座名義								