

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

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

--	--	--	--	--

事業主名

印

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 *郵便局は指定できません *記入もれ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							