

年 月 日

人間ドック・健康診査等補助申請書

泉佐野市勤労者福祉共済サービスセンター会長 宛

会員番号

会員氏名

事業所名

/個人会員

連絡先

下記のとおり、補助を申請します。

補助項目(該当欄に○)	添付する書類(コピー可)
人間ドック/脳ドック補助(35歳以上対象)	領収書(受診者名・受診日・受診内容・本人負担額が記載されているもの)
健康診査補助	領収書(受診者名・受診日・受診内容・本人負担額が記載されているもの)
がん検診補助[胃がん]	診療明細書と 領収書(受診者名・受診日・受診内容・本人負担額が記載されているもの)
がん検診補助[大腸がん]	診療明細書と 領収書(受診者名・受診日・受診内容・本人負担額が記載されているもの)
がん検診補助[肺がん]	診療明細書と 領収書(受診者名・受診日・受診内容・本人負担額が記載されているもの)
がん検診補助[子宮がん]	診療明細書と 領収書(受診者名・受診日・受診内容・本人負担額が記載されているもの)
がん検診補助[乳がん]	診療明細書と 領収書(受診者名・受診日・受診内容・本人負担額が記載されているもの)

※添付書類は、裏面に貼り付けてください。

●補助金の振込先金融機関

	銀行 農協 信用金庫 労働金庫		本店・支店 支所 出張所 営業所
口座の種類	1.普通 2.当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

[注意事項]

※詳しい補助対象や内容については、ホームページをご覧ください。

※補助申請の時効は、事由発生日から1年です。1年以内に申請がない場合は、受給資格を失います。

※受診時・申請時に会員であること。

※退会後の申請は出来ません。

受付印

共済センター記入欄

補助決定金額

円