

平成29年度 人間ドック がん検診 受検補助金交付請求書

【申請期間:平成29年4月1日～平成30年3月31日】

三浦半島中小企業勤労者福祉サービスセンター 宛

事業所名	
請求者氏名	
請求者住所	

1・補助の種類と請求金額 (該当する項目にチェック(☑)・記入してください)

？ あなたが受けたものは？

<input type="checkbox"/>	人間ドック・単独がん検診
--------------------------	--------------

請求金額 →	
--------	--

※最大5,000円
(5,000円未満の場合は実際に支払った金額)

<input type="checkbox"/>	定期健康診断オプションがん検診
--------------------------	-----------------

オプション検診数 →

請求金額 →	
--------	--

※1検診につき最大1,000円
(1,000円未満の場合は実際に支払った金額)

それぞれ以下すべての項目についてご確認頂き、誤りがないようでしたらチェック(☑)をいれてください

健康保険を使っていません	<input type="checkbox"/>
自治体の補助を受けていません	<input type="checkbox"/>
領収書に受診者名が記載されています	<input type="checkbox"/>
領収書に検診名が記載されています	<input type="checkbox"/>
定期健康診断とは別に受けたものです	<input type="checkbox"/>

健康保険を使っていません	<input type="checkbox"/>
自治体の補助を受けていません	<input type="checkbox"/>
領収書に受診者名が記載されています	<input type="checkbox"/>
領収書に検診名が記載されています	<input type="checkbox"/>
定期健康診断と一緒に受けたオプションがん検診です	<input type="checkbox"/>

2・受取方法 希望する受取方法にチェック(☑)をいれてください

<input type="checkbox"/>	振込
<input type="checkbox"/>	サービスセンターにて受取
<input type="checkbox"/>	事業所お届け

振込を希望する場合は、以下に振込先を記載してください

振込先

金融機関名	銀行・信金・信組・農協		
支店名	口座種類(普通又は当座)		
フリガナ	口座番号		
口座名義			

請求方法

FAX、Eメール、郵送にて、本請求書および領収書(コピー・PDF可)を提出してください

FAX:046-821-1207 Eメール:plaza4@olive.ocn.ne.jp

郵送先:(公財)横須賀市産業振興財団(〒238-0041 横須賀市本町3-27)

センター使用欄:

台帳 手続き