

相模原商工会議所「生命共済制度」
生活習慣病健診補助制度 給付申請書

令和 年 月 日

	事業所番号※				
事業所名					
代表者					
住所	TEL ()				

※ 事業所番号はわかる場合のみご記入ください。

NO.	利 用 者 名
1	(姓) (名)
2	(姓) (名)
3	(姓) (名)
4	(姓) (名)
5	(姓) (名)
6	(姓) (名)
7	(姓) (名)
8	(姓) (名)

※ 医療機関発行の領収書(写し)または、銀行振込受領書(受付明細照会結果)を添付してください。

※ 生活習慣病健診の明記及び受信日、受信会員名、受信内容、利用者ごとの受診料の記載のあるものを必ず添付してください。

(補助単価) (利用人数)

1,000円 × 人 = 円

補助金額合計
円

振込口座	銀行名	銀行・信金・農協				支店名			
	口座番号	普	・	当					
	口座名義人	フリガナ							
連絡先	TEL ()								

事務局記載欄	
受付印	確認印