

人間ドック等受診料助成金申請書

年度	
----	--

一般財団法人飯田勤労者共済会 様

関係書類を添えて、人間ドック等受診料助成金を申請します。

事業所名		事業所 番 号		会 員 番 号	
会員氏名	(T・S・H 年 月 日生) (男・女)	⑩	会員住所		

受診年月日	令和 年 月 日
-------	----------

助成金額合計					円	(名)
--------	--	--	--	--	---	------

振 込 口 座

(左づめでご記入ください)

	銀 行	信 金		支 店	普 通														
	農 協	信 組		支 所	当 座														
	金 庫	そ の 他			貯 蓄														
フリガナ																			
名 義																			

- * 振込口座につきましては、事務処理の都合上、可能な限り飯田信用金庫をご指定ください。
- * 振込みを希望する口座については、金融機関支店(支所)名・種目・口座番号・口座名義(フリガナ)をご確認の上、正確に記入してください。
- * ゆうちょ銀行を選択された場合は、通帳見開き下部に記載の「振込用の店名・預金種目・口座番号(7桁)」を記入してください。

[助成金額] 5,000円(年度内1人1回のみ)

[助成対象] 共済会会員のみ

[利用条件] 受診料20,000円以上(個人負担分)

※生活習慣病予防検診等一般検診は対象外となります。

[添付書類] 会員本人の氏名が入った領収書(「人間ドック」「脳ドック」「PET/CT検診」と明記されているもの)

* 写し可

【申請方法】

〈会員1名分を申請する場合〉

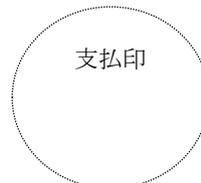
- ・ 上記太枠欄へ必要事項を記入、押印してください。

〈事業所で一括申請する場合〉

- ・ 上記会員氏名欄には、申請される会員のうち代表の方の氏名、住所の記入及び押印をお願いします。
- ・ 金額は助成金額の合計を記入してください。
- ・ 振込口座は一括振込する口座を記入してください。
- ・ 裏面へ助成金申請者全員の方の会員番号、会員氏名及び受診年月日を記入してください。

【お願い】

- ・ 申請者が2人以上の事業所は、事業所ごとの一括申請にご協力ください。
- ・ 助成金は、申請書の受付日から1か月以内に指定の口座へ振込みますので、通帳でご確認ください。



扱 者	支 払
	合 ・ 否

<一括申請用>

人間ドック等受診者一覧

事業所名 _____ (事業所No. _____)

	会員番号	氏名	受診年月日		会員番号	氏名	受診年月日
1		(T・S・H 年 月 日生)(男・女)		16		(T・S・H 年 月 日生)(男・女)	
2		(T・S・H 年 月 日生)(男・女)		17		(T・S・H 年 月 日生)(男・女)	
3		(T・S・H 年 月 日生)(男・女)		18		(T・S・H 年 月 日生)(男・女)	
4		(T・S・H 年 月 日生)(男・女)		19		(T・S・H 年 月 日生)(男・女)	
5		(T・S・H 年 月 日生)(男・女)		20		(T・S・H 年 月 日生)(男・女)	
6		(T・S・H 年 月 日生)(男・女)		21		(T・S・H 年 月 日生)(男・女)	
7		(T・S・H 年 月 日生)(男・女)		22		(T・S・H 年 月 日生)(男・女)	
8		(T・S・H 年 月 日生)(男・女)		23		(T・S・H 年 月 日生)(男・女)	
9		(T・S・H 年 月 日生)(男・女)		24		(T・S・H 年 月 日生)(男・女)	
10		(T・S・H 年 月 日生)(男・女)		25		(T・S・H 年 月 日生)(男・女)	
11		(T・S・H 年 月 日生)(男・女)		26		(T・S・H 年 月 日生)(男・女)	
12		(T・S・H 年 月 日生)(男・女)		27		(T・S・H 年 月 日生)(男・女)	
13		(T・S・H 年 月 日生)(男・女)		28		(T・S・H 年 月 日生)(男・女)	
14		(T・S・H 年 月 日生)(男・女)		29		(T・S・H 年 月 日生)(男・女)	
15		(T・S・H 年 月 日生)(男・女)		30		(T・S・H 年 月 日生)(男・女)	