

人間ドック等受診料助成金申請書兼振込依頼書

年度	
----	--

一般財団法人飯田勤労者共済会 様

事業所名		事業所番号	会員番号
会員氏名		⑩	会員住所		

下記のとおり、証明書を添えて申請します。下記口座への振込みをお願いします。

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						

- *振込みを希望する口座をご記入ください。
- *金融機関支店(支所)名・口座番号・名義等を正確にお願いします。
- *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)」をご記入ください。

【注意事項】

助成金額:5,000円(1人年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」と明記してあるもの)

*コピー可

<個人で申請する場合>

- ・上欄へ必要事項を記入してください。

<事業所で一括申請する場合>

- ・おもて面の会員氏名欄へは、人間ドック等を受診された方の中から代表の方の氏名、住所、印鑑をお願いします。
- ・受診年月日の記入は必要ありません。
- ・金額は、合計金額を記入してください。
- ・一括振込指定口座を記入してください。
- ・裏面へ受診者名・受診日を記入してください。

※振込指定金融機関につきましては、振込手数料節減のため、なるべく飯田信用金庫をご指定下さい。



扱 者	支払
	合・否

人間ドック等受診者一覧

事業所名 _____

(事業所No. _____)

No.	会員番号	氏 名	受診日	No.	会員番号	氏 名	受診日
1				16			
2				17			
3				18			
4				19			
5				20			
6				21			
7				22			
8				23			
9				24			
10				25			
11				26			
12				27			
13				28			
14				29			
15				30			