

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。

領収年月日	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
- 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>

- ・会員氏名欄へは、会員どなたでも結構ですので、代表の方の氏名、住所、印鑑をお願いします。
- ・領収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。
- ・裏面へ接種者名・接種日または領収日を記入してください。記入欄が不足する場合は、裏面のみコピーしてご利用ください。別紙で一覧表にさせていただいても結構です。

※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. _____)

	会員番号	氏 名	領収日		会員番号	氏 名	領収日
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			