

FAX不可

定期健康診断費用助成金申請書

年 月 日

(公社) 久留米広域勤労者福祉サービスセンター理事長 様

事業所番号

--	--	--	--

事業所名

代表者名

(印)

担当者

下記のとおり、定期健康診断費用助成金を申請します。

医療機関名	※受診医療機関をすべてご記入ください									
受診日	年 月 日	～	年 月 日							
人数	名									
振込先	銀行 支店 普通・当座									
	口座番号	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								
フリガナ										
	口座名義									

(注) 個人口座への振込はできません。
(代表者は除く)

事務局使用欄	
受付	金額
	円

定期健康診断受診者名簿

事業所番号			事業所名				
No.	受診者の個人番号	氏 名	受診日	No.	受診者の個人番号	氏 名	受診日
1			/ 21				/
2			/ 22				/
3			/ 23				/
4			/ 24				/
5			/ 25				/
6			/ 26				/
7			/ 27				/
8			/ 28				/
9			/ 29				/
10			/ 30				/
11			/ 31				/
12			/ 32				/
13			/ 33				/
14			/ 34				/
15			/ 35				/
16			/ 36				/
17			/ 37				/
18			/ 38				/
19			/ 39				/
20			/ 40				/