

別表1（第4条関係）

人間ドック・脳ドック利用補助申請書
(年度分)

年 月 日

(一財) 狭山市勤労者福祉サービスセンター理事長

会 員 番 号					—				
事 業 所 名									
氏 名						生 年 月 日	年 月 日		
住 所	〒 — TEL								
受診医療機関名									
支 払 金 額						円	受 診 日	年 月 日	
健 保 負 担 額	円								

人間ドック・脳ドック利用の医療機関証明欄

上記について相違ないことを証明します。

年 月 日

証明医療機関名

担当者印

※会員期間6ヶ月以上で、受診日現在40歳以上の会員の方に補助をします。

《添付書類》 領収書

領収書には「人間ドック」または「脳ドック」の記載が必要になります。記載がない場合は上記の証明をお願いいたします。

申請時に現金で受領する場合は、印鑑を持参してください。

事務局長		係

受付印

受 領 書

年 月 日

(一財) 狭山市勤労者福祉サービスセンター理事長

受 領 金 額	金 3,000 円 人間ドック・脳ドック利用補助金 受領しました。		
会 員 番 号		氏 名	㊞
事 業 所 名			
受領者名 申請者と異なる場合は記入してください			