

ゆいワーク 健康診断受診補助金申請書

(公財)沖縄中部勤労者福祉サービスセンター 理事長殿

下記のとおり、健康診断受診補助金を申請します。

申請日	平成 年 月 日	会員番号	
事業所名	(電話)		
申請者名	①法定健診(事業所負担): 代表者名で、代表者印または社印 ②自主健診(個人負担): 会員個人名と個人印を押して下さい <div style="text-align: right;">(印)</div>		
申請内容	1. 法定・定期健診 (事業所負担) 添付書類 <input type="checkbox"/> 領収書又は振込のわかる書類の写し <input type="checkbox"/> 請求書・明細等の写し 他 <input type="checkbox"/> 受診単価と受診者名がわかる書類	2. 自主健診 (個人負担) 添付書類 <input type="checkbox"/> 領収書 (原本添付) <input type="checkbox"/> 領収書で支払内容が明確でない場合は明細書、申込書、案内チラシ等を添付	
受診日	平成 年 月 日		
受診機関名			
負担額	円	補助申請額	円

添付書類等の詳細につきましては、「ゆいワーク事務の手引き」をご覧ください。

ゆいワーク使用欄

受付日			
資格確認	入会日: H 年 月 日	本年度:	1回目
補助内容	1名負担額1/2: ¥	補助 ¥	× 人 = ¥
	1名負担額1/2: ¥	補助 ¥	× 人 = ¥

審査	事務局長	事務局次長	係	係	健康管理事業	支払確認