

事業所健診（全額事業主負担の定期健康診断）助成金請求書

一般社団法人立川市勤労者福祉サービスセンター 理事長 様

次のとおり領収書（受診者の氏名入り）の写しを添付して請求いたします。

太枠内をご記入ください。

事業所番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年 月 日
事業所名	<input type="text"/>					
事業所代表者名	<input type="text"/>					印
医療機関名 (立川市内のみ)	<input type="text"/>					

※事務局使用欄

(対象は30歳以上)

発券番号 助成金額	会員番号	会員氏名	受診時 年齢	受診日
			歳	年 月 日
			歳	年 月 日
			歳	年 月 日
			歳	年 月 日
			歳	年 月 日
			歳	年 月 日
			歳	年 月 日
			歳	年 月 日
			歳	年 月 日

受付印	入力印
<input type="text"/>	<input type="text"/>

事業所健診助成金請求書 No.2

この用紙は、事業所健診助成金請求書の利用者欄が不足の場合に使用してください。

※事務局使用欄

太枠内をご記入ください。

(対象は30歳以上)

発券番号 助成金額	会員番号	会員氏名	受診時 年齢	受診日
			歳	年 月 日
			歳	年 月 日
			歳	年 月 日
			歳	年 月 日
			歳	年 月 日
			歳	年 月 日
			歳	年 月 日
			歳	年 月 日
			歳	年 月 日
			歳	年 月 日
			歳	年 月 日
			歳	年 月 日
			歳	年 月 日
			歳	年 月 日
			歳	年 月 日
			歳	年 月 日
			歳	年 月 日

受付印	入力印