|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 健康診断受診料給付申請書    年　 　月　　 日  安曇野市勤労者互助会長　様　　　　　　　　事業所‐会員コード　　　　　　　　―  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　会員氏名    人間ドックまたは健康診断（オプション部分のみ）を個人の負担により受診しましたので、領収書を添付し、給付金の申請をいたします。  　　　　　　　　　　　個人負担額　　　　　　　円  ■ 個人負担額の30％(個人負担額5,000円以上から対象、100円未満切捨て) 、上限12,000円  給付金額　　　　　　 　円 | | |
| 当該会員が、上記のとおり人間ドックまたは健診等を個人の負担により受診した事を証明します。  　　　　　　年　　月　　日　　　 　事業所名  　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名 | | |
| 給付金受け取り方法   * 1. 口座振り込み  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 金融機関名 | 銀行　　　　　　　支店  　　　　　　　金庫  　　　　　　　組合  　　　　　　　農協　　　　　　　支所 | | 口　座　名　義 | | | | | | | | | | | (ﾌﾘｶﾞﾅ) | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | 普　・　当 | | 口 座 番 号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   　　②現金受領（現金書留・事業所宛）   |  | | --- | | 年　　月　　日  金　　　　　　　円を受領しました。  会員氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |   　　代理受領 (委任状)   |  | | --- | | 年　　月　　日  金　　　　　　　円を　　　　　　　　　　　に委任します。    会員氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞  　　　　　　　　　　　　　代理人氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |   ※会員本人以外の方に受領を委任する場合は、委任状を記入してください。 | | |
| (ご注意)　・年度中、お一人につき1回限りの申請で、添付する領収書の発行日が受付時に半年以内のものが補助対象です。  ・健康診断の基本部分は、補助対象になりませんのでご注意ください。 |
| 処理欄 |  |