

人間ドック助成金申請書

令和 年 月 日

会津若松商工会議所 御中

事業所名	
代表者名	印
住所	〒 - TEL
受診者名	
まごころ共済	加入 ・ 未加入

申請金額

金額

円

下記のとおり人間ドックを受診しましたので、助成金を申請いたします。

受診年月日 令和 年 月 日

受診機関 竹田総合病院健診センター
会津中央病院健診センター
医療法人明精会 会津西病院
※受診したいいずれかの病院に○をつけてください。

振込口座

振込先	銀行・信金・組合		支店
預金種目	普通・当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義			

※申請の際は、受診したことが証明できる書類(支払者名が明記されている領収証等)を添えてください。

※人間ドック受診後、**2週間以内**に申請してください。

※会津若松商工会議所の年会費を入金していることが前提条件となります。

※申請対象者が複数人の場合は、コピーをしてお使いください。

[事務局処理欄]

受付日	年会費入金日	助成金支払日	会員 No.	契約者No.
・	・	・		