

【スタンダード・メディカル会員用】

2023 年度 補助金 請求書

すべての補助は、年度内（4月～3月）1回に限ります。

年 月 日

(公財) 徳島県勤労者福祉ネットワーク

あわ～ず徳島 御中

F A X 088-611-3323

◆ 人間ドック（健康診断含む） 3,000円

事業所名

* 協力施設（徳島検診クリニック・沖の洲病院・松村病院・碩心館病院・宮本病院・さくら診療所）で受診の場合は、精算時に補助額（上限4,000円）が差し引かれますので、補助金請求の必要はありません予約時に会員であることを必ずお伝えください。

事業所番号

◆ インフルエンザ予防接種 1,000円

◆ スキルアップ・スポーツ教室利用 2,000円

◆ 宿泊 3,000円

◆ マラソン大会参加 3,000円

（県内のフルマラソン・ハーフマラソンに限る。）

補助金は入会登録日以降に発生した事由について適用されます。

補助金請求書に必要な事項を記入し、領収書（コピー可）は、金額・会員本人の氏名（フルネーム）・日付・利用内容が明記されているものを添えて送付ください。

※団体受診の場合は、病院からの請求書等、受診者別明細も必要です。

請求は、事由発生日以降、60日以内をお願いいたします。

奇数月の末日到着までの分については翌月25日にお振込いたします。（2ヶ月に1度）

下記の事由につき補助金を請求いたします。

| | 補助名 | 補助額 | 会員氏名 | 会員番号 | | | | 事由発生日 |
|-----|-----|-----|------|------|--|--|--|-------|
| ① | | | | | | | | |
| ② | | | | | | | | |
| ③ | | | | | | | | |
| ④ | | | | | | | | |
| ⑤ | | | | | | | | |
| ⑥ | | | | | | | | |
| ⑦ | | | | | | | | |
| ⑧ | | | | | | | | |
| ⑨ | | | | | | | | |
| ⑩ | | | | | | | | |
| 合 計 | | | 件 | | | | | 円 |

* コピーしてご利用ください。ホームページからもダウンロードできます。

| 受付年月日 | 検印 | 処理 | 担当者 | 給付年月日 |
|-------|----|----|-----|-------|
| | | | | |