

【スタンダード・メディカル会員用】

20××年度補助金請求書

記入例

すべての補助は、年度内（4月～3月）1回に限ります。20××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

FAX 088-611-3323

◆ 人間ドック（健康診断含む） 3,000円

事業所名 株式会社 徳島

*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 12345

◆ 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。

①	補助名	補助額	会員氏名	会員番号					事由発生日
				5	6	7	8	9	
①	インフルエンザ予防接種	1,000	徳島 太郎	5	6	7	8	9	☆
②									
③									
④									
⑤									
⑥									
⑦									
⑧									
⑨									
⑩									
合 計			1 件	1,000					円

<添付書類>

☆領収書（記入必要事項）

①会員氏名 ②金額 ③接種日

④インフルエンザ接種料として（但書き）

接種した日をご記入ください。

* コピーしてご利用ください。

受付年月日	検印	処理	担当者	給付年月日