

【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
あわーず徳島 御中

F A X 088-611-3323

◆ 人間ドック（健康診断含む） 3,000円

*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。

事業所名 株式会社 徳島

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

受診金額が3,000円未満

の場合、発生した金額を
ご記入ください。

例.2,580円→補助額2,580

て適用されます。
（コピー可）は、金額・会員本人の氏名（フルネー
を添えて送付ください。
受診者別明細も必要です。
いたします。
日にお振込いたします。（2ヶ月に1度）

下記の事項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	人間ドック	3,000	徳島 太郎	5	6	7	8	9	☆
②									
③									
④									
⑤									
⑥									
⑦									
⑧									
⑨									
⑩									
合 計			1	件	3,000			円	

<添付書類>

☆領収書（記載必要事項）

①会員氏名 ②金額 ③受診日

④健康診断料として（但書き）

受診した日を
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