

| 事業所・会員コード | | | | |
|-----------|--|--|---|--|
| | | | — | |

| 会 長 | 副会長 | 総務理事 | 事務局 | 担当者 |
|-----|-----|------|-----|-----|
| | | | | |

箕輪町勤労者互助会 人間ドック補助金申請書

年 月 日

箕輪町勤労者互助会長 あて

事業所住所
事業所名 印
電話番号 ー

申請者氏名 _____ 印

このたび下記のとおり人間ドックを受診したので、関係書類を添えて補助金の申請をします。

| | |
|-------------|-----------|
| 受診年月日 年 月 日 | 給 付 金 額 円 |
| 受診機関名 | |

| 受 取 方 法 | |
|------------------|------------------|
| (↓いずれかに○をしてください) | |
| 現金 | 受領者氏名..... 印 |
| | 代理受取人..... 印 |
| 口座振替 | 金融機関名..... 支店 |
| | 口座名義 (カタカナ)..... |
| | 普通・当座 口座番号..... |

※注意
←本人（申請者）以外が受領する場合は代理受取人を指定してください。

←振込手数料は勤労者互助会で負担します。
口座名義は、カタカナでご記入ください。

給付金支払日 年 月 日