

別表1 (第4条関係)

人間ドック・脳ドック利用補助申請書 (年度分)

年 月 日

(一財) 狭山市勤労者福祉サービスセンター理事長

会 員 番 号					—				
事 業 所 名									
氏 名					生年月日	年	月	日	
住 所	〒 — TEL								
受診医療機関名									
支 払 金 額					円	受 診 日	年	月	日
健 保 負 担 額					円				

人間ドック・脳ドック利用の医療機関証明欄

上記について相違ないことを証明します。

年 月 日

証明医療機関名

担当者印

※会員期間6ヶ月以上で、受診日現在40歳以上の会員の方に補助をします。

《添付書類》 領収書

領収書には「人間ドック」または「脳ドック」の記載が必要になります。記載がない場合は上記の証明をお願いいたします。

事務局長	係	担当

受付印

受領書

年 月 日

(一財) 狭山市勤労者福祉サービスセンター理事長

受領金額	金 3,000 円 人間ドック・脳ドック利用補助金 受領しました。		
会員番号		氏 名	
事業所名			
受領者名		申請者と異なる場合は記入してください	