

2020 年度健康診断補助金給付申請書

A

11/2(月)・3/15(月) 原本必着

申請書類作成日		年	月	日
依頼者	W.Co 名	申請担当者名		
	所在地	W.Co 代表者名		
	Tel	Fax		
<p>① W.Co メンバー総数 名のうち W.Co 共済加入者 名</p> <p>(アルバイト・パート 名のうち W.Co 共済加入者 名)</p> <p>②健康診断補助金給付申請者 名 補助金額合計 _____ 円</p> <p>③W.Co 厚生補助金振込先 (振込料削減のためなるべく郵便局をお願いします)</p> <p>*振込先金融機関に○をつけてください。</p> <p>*郵便局は記号と口座番号、銀行は支店名等略さずご記入ください。</p> <p><郵便局></p> <p>記号・番号: _____</p> <p>口座名義 (カタカナ): _____</p> <p><銀行></p> <p>銀行 支店</p> <p>口座番号: _____</p> <p>口座名義: _____</p>				

<事務局記入>

受付No.)	対応者	給付金額	給付日
備考			

*複数回申請される場合は、コピーしてお使いください

申請日 年 月 日

11/2(月)3/15(月) 原本必着

W.Co 名: _____

以下のメンバーの健康診断補助金給付を申請します。

申請担当者名: _____

印

* 受診日、下記の受診健診 No、自己負担額、共済補助金額をご記入ください。(複数記入可)

①一般健診(歯科検診、眼科検診、胸部 X 線等を含む)、③人間ドック、④脳ドック

②がん検診(乳がん、大腸がん、胃がん等)

※ ①一般健診と②がん検診の金額は、それぞれ分けてご記入ください。

別紙記入例を
必ずご覧下さい!

申請者氏名	受診日	No.	健診名	自己負担額	共済補助金額
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

* 必要枚数をコピーしてお使いください

補助金額合計

円