

2021 年度健康診断補助金給付申請書

A

11/1(月)・3/15(火) 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		印
	所在地	W.Co 代表者名		印
	Tel	Fax		

① W.Co メンバー総数 _____ 名のうち W.Co 共済加入者 _____ 名
 (アルバイト・パート _____ 名のうち W.Co 共済加入者 _____ 名)

② 健康診断補助金給付申請者 _____ 名、補助金額合計：_____ 円

③ W.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)
 * 振込先金融機関に○をつけてください。
 * 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。

<郵便局>

記号・番号：_____

口座名義 (カタカナ)：_____

<銀行>

銀行 _____ 支店 _____

口座番号：_____

口座名義：_____

<事務局記入>

)	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

11/1(月)3/15(火) 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
<u>1</u>					
<u>2</u>					
<u>3</u>					
<u>4</u>					
<u>5</u>					
<u>6</u>					
<u>7</u>					
<u>8</u>					
<u>9</u>					
<u>10</u>					

* 必要枚数をコピーしてお使いください

補助金額合計 _____ 円