**W.Co連合会福利厚生企画**

**2022年度健康診断補助金給付申請書** **Ａ**

**11/1（火）・３／１5（水）**　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** |
|  | **①W.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****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）****＊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＞

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付日： | 対応者： | 給付金額 | 給付日 |
| 備考 |

**W.Co連合会福利厚生企画　２０２２年度　健康診断補助金給付申請書** **Ｂ**

別紙“記入例”を

必ずご覧下さい！

**申請日 年 月 日 11/1（火）3/15（水）　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：**

**＊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)、②がん検診（乳がん、大腸がん、胃がん等）
③人間ドック、④脳ドック、⑤骨粗しょう症検診

**※　①一般健診と②がん検診、⑤骨粗しょう症検診の金額は、それぞれ分けてご記入ください。**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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**