神奈川W.Co連合会福利厚生企画

**A**

**2023年度 健康診断費用補助金給付申請書**

**※申請書A・Bどちらも必要です**

**11/1(水)　3/11(月)　〆切厳守**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請日： 年 月 日 | | | |
| W.Co名： | | | |
| 所在地： | | | |
| TEL： FAX： | | | |
| 代表者名： 申請担当者名： | | | |
| W.Coメンバー総数 | | 名　(うちアルバイト・パート　　名） | |
| 共済加入者数 | | 名　(うちアルバイト・パート　　名） | |
| 健康診断補助金給付申請者 | | 名 | |
| 補助金合計額 | | 円 | |
| **補助金振込先　郵便局又は銀行欄に☑を入れてください。** | | | |
| 郵便局 | 口座名義(カタカナ) | |  |
| 記号・番号 | |  |
| 銀行 | 銀行名 | |  |
| 支店名 | |  |
| 口座名義 | |  |
| 口座番号 | |  |
| **確認欄　必ず下記各欄に☑を入れて、記入漏れ・提出書類忘れがないか確認ください。** | | | |
| 申請担当者を決め、担当者は申請書ABの記入内容をチェックしましたか  代表者が申請書ABの記入内容をチェックしましたか  各申請者はW.Co共済に加入していますか　※W.Co共済加入者のみ補助の対象となります  がん検診は部位を含めて記入（乳がん検診・胃がん検診等）しましたか　※申請書B  提出書類はA・Bどちらも揃っていますか | | | |

（連合会事務局記入）

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

**※別紙記入例を必ずご確認ください**

**B**

**2023年度 健康診断費用補助金給付申請書**

**※申請書A・Bどちらも必要です**

**11/1(水)　3/11(月)　〆切厳守**

申請日：　　　年　　　月　　　日

W.Co名： 申請担当者名：

以下のメンバーの健康診断補助金給付を申請します。

【検診No.】①一般健診（歯科検診、眼科検診、胸部レントゲンを含む）

②乳がん、大腸がん、胃がん他（部位名を記入）検診　③人間ドック　④脳ドック　⑤骨粗しょう症検診

**※別紙記入例を必ずご確認ください**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 申請者氏名 | 受診日 | No. | 健診（検診）名 | 自己負担額（円） | 補助金額（円） |
| １ |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| ６ |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| ７ |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| ８ |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**補助金額合計**： 円

※必要枚数をコピーしてお使いください。