

人間ドック助成金申請書

年 月 日

会津若松商工会議所 御中

会員番号	※	※会員番号は記入不要です	
事業所名			
代表者名	印		
住 所	〒 ー		
受診者名			

申請金額	金 額						円
------	-----	--	--	--	--	--	---

下記の通り人間ドックを受診しましたので、助成金を申請いたします。

◇受診年月日 年 月 日

◇受 診 機 関 竹田総合病院健診センター
会津中央病院健診センター
医療法人明精会 会津西病院
※受診したいいずれかの病院に○をつけてください。

◇振 込 口 座

振 込 先	銀行・信金・組合・ 支店		
預 金 種 目	普通 ・ 当座	口座番号	
フリガナ			
口 座 名 義			

※申請の際は、受診したことが証明できる書類(支払者名が明記されている領収証等の写し)を添えてください。
※人間ドック受診後、2週間以内に申請してください。
※会津若松商工会議所の年会費を入金していることが前提条件となります。
※申請対象者が複数人の場合は、コピーをしてお使いください。

[事務局処理欄]

受 付 日	年会費入金日	助成金支払日	備 考
・	・	・	