

健康診断受診料補助金交付申請書兼領収書

(公財)東村山市勤労者福祉サービスセンター 理事長 様

健康診断受診料補助金について、下記のとおり受診者名簿
及び領収書を添えて申請します

申請者	事業所名		事業所 番号						
	代表者名								

実施年月日	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日
実施医療機 関名	

<h2>領 収 書</h2>	
金 円	
上記のとおり領収しました。	
平成 年 月 日	
代表者名	印

※補助の対象は、健康診断実施後一年以内のものです
※補助金は、一人年度一回 2,000円以内です。

		事務局長	主査	係
--	--	------	----	---

受付日	受付者
-----	-----

入力日

健康診断受診者名簿

番号	会員番号			氏名	年齢	番号	会員番号			氏名	年齢
1						16					
2						17					
3						18					
4						19					
5						20					
6						21					
7						22					
8						23					
9						24					
10						25					
11						26					
12						27					
13						28					
14						29					
15						30					

※年齢の欄には受診時の年齢を記入してください。