

# 人間ドック・脳ドック受診料助成申請書

平成 年 月 日

社団法人山口県勤労福祉共済会  
理事長 様

事業所住所  
(個人加入は自宅住所)

申請者 (印)

事業所名  
(個人加入は職場名)  
(事業所番号 No. )

下記のとおり、人間ドック・脳ドックの受診料助成金の交付を申請します。  
記

## 1. 受診者氏名、加入内容

氏名 昭和 年 月 日生 ( 歳)

初加入 年 月 日 加入の型 型

## 2. 受診内容と交付申請額

【(1)～(4)、(ア)～(ウ)について、該当するものに○を付けてください。】

加入の型	受診内容	助成額	受診内容	助成額
(1) 1型 高型	(ア) 1泊2日人間ドック	2,000円	(ウ) 脳ドック	1,000円
	(イ) 日帰り人間ドック			
(2) 2型	(ア) 1泊2日人間ドック	3,000円	(ウ) 脳ドック	1,000円
	(イ) 日帰り人間ドック			
(3) 3型	(ア) 1泊2日人間ドック	6,000円	(ウ) 脳ドック	2,000円
	(イ) 日帰り人間ドック	4,000円		
(4) 4型	(ア) 1泊2日人間ドック	8,000円	(ウ) 脳ドック	2,000円
	(イ) 日帰り人間ドック	5,000円		

## 3. 受診年月日と受診医療機関

受診年月日 年 月 日 ～ 年 月 日

受診医療機関

<b>4. 助成金 振込先</b>  (申請者本人の口座、 事業所の口座の どちらでもかまい ません。)	労働金庫 銀行 信金 支店  口座番号 (普)・(当) No. _____ (ふりがな) 口座名義 _____
---	---

※添付書類 領収書(写) [印申請者は、実際に受診料を負担した者であること。]