

# 健康診断助成金請求書

申請日 平成 年 月 日

〔住所〕 〒 \_\_\_\_\_

〔電話番号〕 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

〔会員番号〕 

--	--	--	--	--	--

〔氏名〕 \_\_\_\_\_

※領収書（原本）を添付してください。

厚生会記入欄  
助成額

,000円

のりづけ

\*請求上の注意事項（必ずお読みください）

- ・助成対象は、第1種・第2種退職会員です。
- ・太枠内のみ記入してください。
- ・領収書は原本を添付してください。
- ・受診日から1年以内の請求に限ります。
- ・年度内1回のみ請求してください。

厚生会受付印

--