

定期健康診断助成金請求書

一般社団法人 文京区勤労者共済会会長 殿

事業所名	印	事業所番号	
代表者名		利用年月日	年 月 日
利用施設名		利用人数	会員 名

2,000円 × 名 = 円

- ◎ 助成金請求には、事業所印が必要となります。
- ◎ 助成金請求にはかならず病院で発行された領収書、受診者名簿を添付してください。(コピー可)
- ◎ 助成金対象者は文京区勤労者共済会の会員のみです。
- ◎ 助成金は1会員年度内1回限りです。事業所単位でご請求ください。
- ◎ 請求期間は、受診年度内です。

振込依頼書

上記、定期健康診断助成金の受領について、下記の口座に振込んでください。

銀行名	支店番号				フリガナ	
	銀行・信用金庫 信用組合		支店		口座名義	
口座番号	普・当					