

人間ドック・脳ドック受診料補助金申請書

年 月 日

公益財団法人さいたま市産業創造財団理事長 様

下記のとおり、人間ドック・脳ドック受診料の補助金を申請します。

会員記入欄	会員番号						—				
	事業所名										
	氏名	(印)									
	生年月日				年			月			日

医療機関証明欄	受診日	年 月 日									
	受診種別	人間ドック・脳ドック (該当する方に○をしてください) ※健康診断・生活習慣病予防検診等は対象となりません									
	受診費用	円 ※受診にかかる自己負担額分を記入してください									
	医療機関名	医療機関様の記入欄です。(証明印は鮮明にお願いします。)									
	住所										
	電話番号										
	(印)										

会員記入欄	金融機関名					銀行 金庫 組合					本店 支店
	預金種目	普通・当座		口座番号							
	フリガナ										
	口座名義人										

※記載事項については、人間ドック・脳ドック受診料補助に係る業務以外には一切使用いたしません。

【注意事項】

- 医療機関から証明がいただけない場合は、医療機関の領収書(会員氏名、受診日、「人間ドック」、「脳ドック」と明記されているもの)(原本)を添付してください。
※「会員氏名」、「受診日」、「人間ドック」、「脳ドック」の受診が明記されていない領収書やレシートでは受付できません。
- FAXでは申請できません。
- 補助金の請求は、受診日から3ヵ月以内です。
- 補助金は、受付月の翌月の30日に振り込みます(30日が土・日・祝日にあたる場合は、その前の平日とします)。

受付印	
-----	--