

**注** 注意① コピーしてお使いください  
 注意② ご記入はボールペンで(鉛筆不可)

コピー FAX送信番号  
**FAX 025-201-6117**

様式  
**6**

# 定期健康診断・人間ドック 受診料補助金請求書

請求金額								円
------	--	--	--	--	--	--	--	---

令和 年 月 日

- (内訳) 1,600円×  名 (健康診断)  
 5,000円×  名 (人間ドック契約医療機関)  
 3,000円×  名 (人間ドック一般医療機関)  
 \_\_\_\_\_円×  名 (支払額が補助金額に満たない場合、支払額を上限とします)

■上記のとおり受診料補助金を請求いたします。  
 (公財)新潟市勤労者福祉サービスセンター理事長 様

事業所名	事業所番号	<input type="text"/>
事業主名 _____ 印		
事業所TEL ( ) _____	担当者名 _____	

添付書類 (コピー可)	①対象者名簿 (様式7、次ページ掲載)
	②医療機関の請求書 (受診内容・人数が明記されたもの)
	③医療機関の領収書 (ネットバンキング等の場合は伝送明細の該当箇所)

**補助金振込先** \*郵便局は指定できません \*記入もれのないよう正確にご記入ください

金融機関名	銀行コード( )		支店名	店番号( )			
口座種別	1. 普通	2. 当座	口座番号				
フリガナ	*必須						
口座名義							