

西宮市中小企業勤労者福祉共済制度 人間ドック補助金申請書

令和 年 月 日

(提出先)

西宮市長 宛

人間ドックの補助金の交付を下記のとおり給付申請します。

申請金額		申請者	(加入者番号)	(個人番号)
受診医療機関			氏名	
受診コース			住所	〒

なお、下記の者を代理人と定め給付金の受領を委任します。

受領代理人 (企業主/ 代表者)	企業/ 事業所の 名称		企業主/代表者 の氏名	
	所在地	〒		

人間ドック受診証明書 (医療機関記入欄)

上記の者は、当所が実施する人間ドックを受診したことを証明します。

受診年月日	令和 年 月 日	住所	〒
受診コース	医療機関名		
	代表者名		[印]

(注) 申請期間は受診の日より3ヶ月以内です。

(※共済記入欄)

決裁	給付決定金額	¥		決定年月日	
	交付して よろしいか	課長	係長	係	入力日