

会員事業所健康診断利用補助申請書

(公財) 松阪市勤労者サービスセンター
常務理事様

事業所名 _____

代表者名 _____

下記のとおり、松阪市健診センター（指定管理者 松阪地区医師会）による健康診断を実施したので、補助申請を致します。

令和 年 月 日申請

実 施 日 令和 年 月 日

場 所

ひとり当たりの受診費用 円

受 診 総 人 数 名

(a) うち会員本人数 名

補 助 申 請 額
1,000円×【(a) 名】= 円

◎補助金振込先金融機関（ゆうちょ銀行以外をご指定ください）

銀 行	本店・支店	1. 普 通
信用金庫	出張所	2. 当 座
労働金庫		

口座番号	フリガナ	
	口座名義	

《事務局処理欄》

センター受付印	受付者	担当者	経理担当	備考欄