

定期健康診断受検助成金交付請求書

金 額	円
-----	---

※(会員が受検した助成金の合計額を記入する。)

定期健康診断を受検したので、上記の助成金を請求します。

なお、助成金については、下記の事業所口座に振り込んでくださるようお願いいたします。

令和 年 月 日

(一財) 水戸市勤労者福祉サービスセンター理事長 様

事業所番号 ()

事業所名

事業所住所

電話番号

代表者氏名

印

振込口座

金融機関名	銀行・信用金庫		本店
	組合・労働金庫		
口座の種類	普通・当座	口座番号	
口座名義人			

※名簿、領収書(写)を添付してください。

事務局長	次長	係長	係