

健康診断助成金請求書

申請日 年 月 日

〔住所〕 〒 _____

〔電話番号〕 (_____) _____

〔会員番号〕

--	--	--	--	--	--

〔氏名〕 _____

※領収書を添付してください。(コピー可)

厚生会記入欄
助成額

,000円

のりづけ

* 請求上の注意事項 (必ずお読みください)

- ・助成対象は、第1種・第2種退職会員です。
- ・太枠内のみ記入してください。
- ・領収書を添付してください。(コピー可)
- ・受診日から1年以内の請求に限ります。
- ・年度内1回のみ請求してください。

厚生会受付印

--