様式 11 －(1)－ 6版

# 定期健康診断助成金請求書

公益財団法人府中市勤労者福祉振興公社　　(西暦)　　年　　月　　日
理　事　長　様

事業所所在地

事 業 所 名　　代 表 者 名　　㊞

次のとおり、公益財団法人府中市勤労者福祉振興公社勤労者福利厚生事業規則に基づき，助成金を請求いたします。

| 助成区分 | 人数 | 補助金額 | 助成区分 | 人数 | 補助金額 |
|---|---|---|---|---|---|
| 1．健診料金　(1,000 円未満) | 名 | 円 | 3．健診料金　(8,000 円以上) | 名 | 円 |
| 2．健診料金　(8,000 円未満) | 名 | 円 | 4．勤務先での健診 | 名 | 円 |
| | | | 請 求 金 額 | | 円 |

| 項番 | 請求元事業所で記入する項目 | | | | 事務局で記入する項目 | | 備　考 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 会員番号 | 会員氏名 | 受診日 | 健診料金 | 助成区分 | 助成金額 | |
| 1 | ― | | | | 1・2・3・4・外 | | |
| 2 | ― | | | | 1・2・3・4・外 | | |
| 3 | ― | | | | 1・2・3・4・外 | | |
| 4 | ― | | | | 1・2・3・4・外 | | |
| 5 | ― | | | | 1・2・3・4・外 | | |
| 6 | ― | | | | 1・2・3・4・外 | | |
| 7 | ― | | | | 1・2・3・4・外 | | |
| 8 | ― | | | | 1・2・3・4・外 | | |
| 9 | ― | | | | 1・2・3・4・外 | | |
| 10 | ― | | | | 1・2・3・4・外 | | |

## 振 込 依 頼 書

上記請求金額は、下記の口座に振り込んでください。

| 銀行名 | 銀行・信金<br>信組・農協 | 支店 | 店番号: | 普・当<br>貯・他 |
|---|---|---|---|---|
| 口座番号 | | 口座名義人<br>(カタカナ) | | |

※確認のための日中の連絡用、事務担当者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

助成金(会員 1 人年 1 回)

| 助 成 区 分 | | 補助額 | 助 成 区 分 | | 補助額 |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 健診料金　(1,000 円未満) | 実費 | 2 | 健診料金　(8,000 円未満) | 1，000円 |
| 3 | 健診料金　(8,000 円以上) | 2，000円 | 4 | 勤務先での健診 | 1，000円 |

◆添付書類:必須項目は次のとおりです。不備がありますと受付が出来ない場合があります。　※書類はコピーで可。

■受診者名簿　　必須項目(①会員番号　②受診者氏名(フルネーム)　③受診日　④会社負担健診料
⑤医療機関名・印または事業所代表者名・印

■請求書(会社宛)　必須項目(①負担会社名(事業所名)　②受診者合計金額)

■領収書(会社宛)　必須項目(①定期健康診断料金　②医療機関名・印　③負担会社名(事業所名))※複数人数の場合「何名分」と明記

※事業所負担で受診していること(ただし、オプション等の個人負担があっても対象です。)
※受診日にワークぴあ府中の会員であること。また、あったこと。(受診後に退職されても、助成申請できます)
※提出いただいた個人情報は、公社の個人情報保護規程に基づき管理し、事業目的以外には使用いたしません。

審査結果(事務局記入)

| 受診内容 | 人　数 | 支払金額 |
|---|---|---|
| 1. 健診料金　(1,000 円未満) | 名 | 円 |
| 2. 健診料金　(8,000 円未満) | 名 | 円 |
| 3. 健診料金　(8,000 円以上) | 名 | 円 |
| 4. 勤務先での健診 | 名 | 円 |
| 対象外・受診時会員でない他 | 名 | 円 |
| 合　計 | 名 | 円 |
| 振　込　日 | (西暦)　　年　　月　　日 | |

審査結果請求金額と差異が発生
下記事務担当者に連絡済
(西暦)　　年　　月　　日　　担当者:

| 受　付 | 確　認 | 事務局次長 | 事務局長 | 入　力 |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |