

健康診断助成金申請書

年 月 日

(公社)久留米広域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

代表者名

印

下記のとおり、健康診断助成金を申請します。

医療機関名										
	※受診医療機関をすべてご記入ください									
受診日	年 月 日 ~ 年 月 日									
人数	名									
振込先	銀行 支店 普通・当座									
	口座番号	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								
フリガナ										
	口座名義									

事務局使用欄	
受付	金額
	円

健康診断受診者名簿

事業所番号				事業所名				
	受診者の個人番号	氏 名		受診日		受診者の個人番号	氏 名	受診日
1				/	21			/
2				/	22			/
3				/	23			/
4				/	24			/
5				/	25			/
6				/	26			/
7				/	27			/
8				/	28			/
9				/	29			/
10				/	30			/
11				/	31			/
12				/	32			/
13				/	33			/
14				/	34			/
15				/	35			/
16				/	36			/
17				/	37			/
18				/	38			/
19				/	39			/
20				/	40			/