

※コピーしてご使用下さい。

必要事項をご記入の上、サービスセンター事務局まで
郵送またはご持参ください。(FAXは不可)

平成 年 月 日

(財)いわき市勤労者福祉サービスセンター 御中

人間ドック・ガン検診受診料助成申請書

| | | | | | |
|------|---|------|---|------|--|
| 会員番号 | — | 会員氏名 | 印 | | |
| 事業所名 | | 電話番号 | — | 担当者名 | |

下記のとおり、領収証(検診名・金額等及び会員氏名の明記されたもの)を添えて助成金を申請します。

受診内容に○をしてください。

- ・人間ドック・胃ガン検診・肺ガン検診・大腸ガン検診
- ・前立腺ガン検診・乳ガン検診・子宮ガン検診

| | | | |
|-------|----------|-------|--|
| 受診年月日 | 平成 年 月 日 | 受診機関名 | |
| 助成額 | 円(上限) | 備考 | |

領収書添付箇所

※助成金振込口座は原則として会費の引落口座になります。

納付書の方は、ご利用している通帳の表紙のコピーを添付してください。