

〈記入例〉

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)

2024年10月5日

(一財) いわき市勤労者福祉サービスセンター 行

人間ドック・がん検診受診料助成申請書

会員番号	000000—0000	会員氏名	勤 労 太 郎 (勤)		
事業所名	(有)勤 労 社	電話番号	20—1234	担当者名	勤 労 花 子

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・胃がん検診・肺がん検診・大腸がん検診
- ・前立腺がん検診・乳がん検診・子宮がん検診

(がん検診は1項目の個人負担分1,000円以上が該当となります)

受診年月日	2024年8月8日	受診機関名	梅本クリニック
助成額	5,000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。

※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)

年 月 日

(一財)いわき市勤労者福祉サービスセンター 行

人間ドック・がん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・胃がん検診・肺がん検診・大腸がん検診
- ・前立腺がん検診・乳がん検診・子宮がん検診

(がん検診は1項目の個人負担分1,000円以上が該当となります)

受診年月日	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。