

☆申請は事務局までFAXまたは郵送で

TEL0282(20)5183 FAX0282(20)5184 / 〒328-0016 栃木市入舟町 6-8 きららの杜とちぎ蔵の街楽習館

人間ドック・脳ドック及び予防接種受診助成申請書

年 月 日

栃木市勤労者福祉サービスセンター

理事長 様

事業所番号
及び会員番号

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

事業所名

会員名

次のとおり受診いたしましたので、申請いたします。

受診日	年 月 日										
受診の種類	※いずれかを○で囲んでください。 人間ドック ・ 脳ドック										
振込口座	※いずれかを○で囲んでください。 事業所口座 ・ 本人口座										
	※本人口座振込みの方のみご記入ください 銀行・信用金庫 本店 信用組合・信連 支店 労働金庫・農協 出張所										
	口座の種類	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><td></td><td></td><td></td></tr></table>									
	フリガナ										
	口座名義人										
		振込口座の記入は必要ありません。									

※ 受診した会員名義の領収書（写し可）を添付してください。

※ 各助成は会員本人のみ年度内1回限り、人間ドック・脳ドック受診の助成額は10,000円とし、受診料の個人負担額が30,000円未満の場合は助成額を5,000円、5,000円未満の場合は実際に支払った額とし、支払った額の100円未満は切り捨てます。

※ 申請事由発生1年を過ぎると申請できなくなりますので、お早めに申請してください。

事務局長	係	事務局チェック欄	受付印
		<input type="checkbox"/> 人間ドック・脳ドック受診助成 10,000円	
		<input type="checkbox"/> 人間ドック・脳ドック受診助成 5,000円	
		<input type="checkbox"/> 予防接種受診助成（インフルエンザもしくは新型コロナウイルス予防接種）500円相当の品	

◎この情報は、栃木市勤労者福祉サービスセンターの個人情報保護方針で定めた利用目的以外には使用しません。