

貝塚市中小企業勤労者福祉共済センター  
健康管理費補助申請書

年 月 日

貝塚市中小企業勤労者福祉共済センター

会 長 殿

会員番号 \_\_\_\_\_  
事業所名 \_\_\_\_\_  
会員住所 \_\_\_\_\_  
会員氏名 \_\_\_\_\_ (印)

下記のとおり受診致しましたので、関係書類（領収書など）を添え、健康管理費補助を申請します。

記

1. 受診内容 生活習慣病予防健診 人間ドック 脳ドック  
2. 受診年月日 年 月 日 \_\_\_\_\_  
3. 受診医療機関 \_\_\_\_\_  
4. 受診費用 円 \_\_\_\_\_  
5. 補助費 円 \_\_\_\_\_  
6. 振込口座  
金融機関名 銀行・金庫 \_\_\_\_\_  
支店名 支 店 \_\_\_\_\_  
預金種別 普通・当座 \_\_\_\_\_  
口座番号 \_\_\_\_\_  
フリガナ \_\_\_\_\_  
口座名義 \_\_\_\_\_