

送付先: 下松商工会議所
〒744-0008 下松市新川2-1-38 FAX: 0833-44-2022

申込日 平成 29年 月 日

会員No	受付No

平成29年度 健康診断助成金申込書

※太枠の中をご記入ください

事業所名			担当者名		
所在地	〒		TEL	()	—
			FAX	()	—
希望医療機関名	(番号)	(名称)	申込人数		
				名	

※助成金申込み後、受理通知書が届いてから、医療機関に健康診断の予約をしてください

No	フリガナ		性別	生年月日	受診コース (A~D)	受診希望月	共済加入状況 助成金額
	氏名						
1			男・女	昭和・平成			加入・未加入 円
				年 月 日			
2			男・女	昭和・平成			加入・未加入 円
				年 月 日			
3			男・女	昭和・平成			加入・未加入 円
				年 月 日			
4			男・女	昭和・平成			加入・未加入 円
				年 月 日			
5			男・女	昭和・平成			加入・未加入 円
				年 月 日			
6			男・女	昭和・平成			加入・未加入 円
				年 月 日			
7			男・女	昭和・平成			加入・未加入 円
				年 月 日			
8			男・女	昭和・平成			加入・未加入 円
				年 月 日			
9			男・女	昭和・平成			加入・未加入 円
				年 月 日			
10			男・女	昭和・平成			加入・未加入 円
				年 月 日			
※本申込書にご記入いただいた情報は、健診書類作成以外一切利用致しません							合計金額
							円

<事務処理欄>

専務理事	事務局長	係長	担当者