

検 診 助 成 申 請 書

※太枠の中をご記入ください。

平成 年 月 日

一般財団法人 青森市産業振興財団 理事長
(青森市勤労者互助会)

下記のとおり、検診助成を申し込みます。
※医療機関の領収証コピー(会員名で受診内容のわかるもの)を添付して下さい。

| | | |
|-----|---|----------------|
| 助成額 | 円 | ※金額は記入しないで下さい。 |
|-----|---|----------------|

| 事業所番号 | | | | | 事業所名 |
|-------|--|--|--|--|------|
| | | | | | |
| | | | | | 印 |

| 会員番号 | | | | | 氏 名 | 男 ・ 女 | 生年月日 | | | |
|----------|--|--|--|--|----------|-------------|------|---|---|---|
| | | | | | | | 明 昭 | 年 | 月 | 日 |
| | | | | | 住 所 | 電 話 番 号 | | | | |
| 〒 - | | | | | - - | | | | | |

| 受診科目 ※該当するものに○をつけて下さい。 | | |
|------------------------|------------|-----------|
| 1. 胃内視鏡検診 | 2. 大腸内視鏡検診 | 3. 脳ドック検診 |

| 受診年月日 | 受診医療機関 | |
|-------------------------|--------|--|
| 平成 年 月 日 | 名 称 | |
| | 住 所 | |

| 振 込 先 | | | | |
|-------------------|------|--|-----------------|--|
| 銀 行 ・ 信 用 金 庫 | | | 本 店 | |
| 労 働 金 庫 ・ 信 用 組 合 | | | 支 店 | |
| 預金種目 | 口座番号 | | | |
| 1. 当座 | | | | |
| 2. 普通 | | | | |
| | | | (フリガナ) 口座名義人 | |

| | | | 受 付 印 |
|------|-----|---|-------|
| 事務局長 | 館 長 | 係 | |
| | | | |