

FAX不可  
(届出は郵送又は窓口へ)

毎月15日必着

コピーしてお使いください

平成 年 月 日

給付・補助金/永年褒賞記念品 請求書

一般財団法人 熊本市勤労者福祉センター 理事長 様

受付

Requester information table with fields for 事業所名, 事業所番号, 事業主名, 電話番号, 所在地.

委任状 ※事業主の請求についても、下記に記入・押印ください。

私は、上記の者を請求者として定め給付・補助金、永年褒賞記念品の請求、受領に関して委任します。

Authorization form with fields for 会員番号, 会員氏名, 会員住所 and a stamp area.

請求する項目1つに○印を記入してください。

Request amount field with a stamp area and unit '円'.

※複数の申請をする場合は、請求書を分けてご利用ください。

Main request table with columns: 項目, 金額, 内容, 備考. Includes items like 成人祝金, 結婚祝金, 出産祝金, etc.

※添付書類は請求一覧で必ずご確認ください。
※請求書に不備等があった場合や事由発生前の申請については請求書を返送します。
※2名以上で申請するときは「ふれあう共済HP」から専用別紙がダウンロードできます。

コピーしてお使いください

平成 年 月 日

こちらの証明書だけではご申請いただけません

必ず「給付・補助金/永年褒賞記念品 請求書」に添付してください

## 人間ドック受診証明書

事業所名					事業所番号					
会員番号					会員氏名					
受診日	日 帰	H	年	月	日					
	宿泊	H	年	月	日	～	H	年	月	日
受診料金	円 ※支払額をご記入ください ※受診検査料金15,000円（税抜）以上									

以下、指定医療機関記入欄

上記の者は、当病院で【人間ドック】を受診し、人間ドック受診検査料金として、上記の金額を支払ったことを証明します。	
平成 年 月 日	
病院名	印

※請求期限は利用日から1カ月以内です。請求期限を過ぎますと無効となります。

※指定医療機関が対象です。

**※健康診断は対象外です。**