

記入例

(P15掲載)

宿泊施設利用補助、コンサート等利用補助、人間ドック受診補助、資格・検定試験受験補助を複数名(2名以上)で請求する場合

受 付

| | | | | | |
|-----|-----------------|-------------|------------------------|-------|-----------|
| 請求者 | 事業所名 | 株式会社 ふれあう共済 | 株式会社 ふれあう 共済 (印) | 事業所番号 | 0 0 0 9 9 |
| | 事業主名 (代表者氏名) | 代表取締役 熊本 太郎 | | 電話 | ●●●● |
| | 所在地 | 熊本 | | | |

別紙にご記入ください

別紙は利用せず、お1人1枚こちらの請求書を作成いただいても結構です。

委任状 事業主の請求書
私は、上記の者を請求者として定め給付・補助金()を受領に同意いたします。

| | | | |
|------|---|------|------------------------|
| 会員番号 | 1 | 会員氏名 | 記入不要 会員氏名は自署をお願いします |
|------|---|------|------------------------|

金額訂正は不可です。(訂正印、修正テープ等使用不可) 誤った金額をご記入された場合は再度作成ください。

請求書は 1つの請求事由に対して1通ずつ作成ください
1通の請求書に複数の請求事由の併記不可

| | | |
|----------------|-------------|-------------|
| 請求金額 (訂正不可) | 拾 万 千 百 拾 円 | ¥ 1 0 0 0 0 |
|----------------|-------------|-------------|

請求する事由に 1つのみ〇印をおつけください

金額の頭部に ¥マークをおつけください

| 〇 | 項目 | 金額 | 内容・請求事由発生日 (入会後に発生した事由であること) | 備考 |
|---|----|----|------------------------------|----|
|---|----|----|------------------------------|----|

| | | | | |
|----------------------------|---------|------------------|---|------------|
| | | | () 〇→ 夫・妻 年 月 日 | 添付書類 必須 |
| | | | (注) 義父母は対象外 年 月 日 | 添付書類 必須 |
| 【一親等血族】 | 10,000円 | 会員から見た続柄に 死亡日 | 年 月 日 | 添付書類 必須 |
| 宿泊施設利用補助※ 令和4年度限定：年度内2回 | 1,500円 | 宿泊期間 | 年 月 日～年 月 日 連泊(同じ宿泊施設に2日以上続けて宿泊)は1回とする 請求事由発生日は宿泊最終日 | 添付書類 必須 |
| 人間ドック受診補助※ 指定医療機関での受診 | 5,000円 | 受診日 | 生年月日 年 月 日【 歳】(年度内で)40歳以上 日帰 年 月 日 宿泊 年 月 日～月 日 受診料金 税別 15,000円以上 (円) | 添付書類 必須 |
| 指定コンサート等利用補助※ | 1,500円 | 利用日 | 年 月 日 | 添付書類 必須 |
| 指定資格・検定試験受験補助 | 2,000円 | 受験日 | 年 月 日 | 添付書類 必須 |

別紙

宿泊施設利用補助
コンサート等利用補助
人間ドック受診補助
資格・検定試験受験補助

複数名で請求する場合は、この別紙をご利用ください

この別紙だけではご請求できません
必ずP15掲載「給付・補助金請求書」に添付してください

【請求項目ごと】に請求書と別紙を分けてご提出ください
この別紙を添付する場合、請求書にある委任状の記入は不要です

| | | | |
|----------------------|---------------------------|------|----------|
| 会員番号 | 1 | 会員氏名 | ふれあう 花子 |
| 利用(受診・受験)日 | 終日 | | |
| 人間ドック受診 補助の場合のみ記入 | 生年月日 T. 49年 6月 1日【47歳】 | 受診料金 | 30,000 円 |
| 会員番号 | 2 | 会員氏名 | ふれあう 太郎 |
| 利用(受診・受験)日 | 4年 6月 3日 ※宿泊の場合、その最終日 | | |
| 人間ドック受診 補助の場合のみ記入 | 生年月日 T. 49年 6月 2日【47歳】 | 受診料金 | 40,000 円 |

自署をお願いします。押印は不要です。
※記名押印をもって自署に代えることもできます。