

定期健康診断費用助成金申請書

年 月 日

(公社) 久留米広域勤労者福祉サービスセンター理事長 様

事業所番号

--	--	--	--	--

事業所名 _____

代表者名 _____ (印)

下記のとおり、定期健康診断費用助成金を申請します。

医療機関名	※受診医療機関をすべてご記入ください				
受診日	年	月	日	～	年 月 日
人数	名				
振込先	銀行 支店 普通・当座				
	口座番号				
	フリガナ				
	口座名義				

事務局使用欄	
受付	金額
	円