

糸満市商工会
会長 玉城 春 一 殿

住 所 :
名 称 :
電 話 :
代表者 : (印)
従業員数 : 名
担当者 :

商工会健診者名簿

1. 受診者氏名（個人事業主、従業員以外は受診できません）

NO	ふりがな 氏 名	生年月日	性別	住 所	医療機関等 受診確認 ^①
1	昭・平 年 月 日			
2	昭・平 年 月 日			
3	昭・平 年 月 日			
4	昭・平 年 月 日			
5	昭・平 年 月 日			

※医療機関の受診確認印を受けて商工会へ提出して下さい。

※お客様の個人情報利用に関する同意について（ご提供いただきましたお客様の個人情報につきましては、下記に掲げる利用目的において利用することを同意願います。本事業（健康維持増進支援事業）に活用致します。

※商工会会員登録の従業員数とことなる場合は、従業員数の変更届の提出を願います。

平成30年度健康維持増進支援事業助成金申請書

下記のとおり、受診いたしましたので助成金を申請します。

1. 受診料金 金 _____ 円
2. 受診者数 _____ 名（但し、商工会登録数内で、法人役員は対象外です。）

添付書類

- ①医療機関の支払明細書の写し（受診料を支払った証明になるもの）
※領収書または請求書等の写し（申請に間に合わない場合：後日提出の事）

（振込先口座）

金融機関名・支店名	預金の種類	口座番号	口座名義（ふりがな）
	普通 当座		

※原則として振込先口座は、会社名義もしくは代表者名義の口座とします。

※振込手数料は貴社負担となります。