

健康診断助成金請求書
【 ガン検診・成人病検診・人間ドック・脳ドック 】

※受付印

平成 年 月 日

(一社) 山形勤労者福祉サービスセンター
理 事 長 様

事業所・団体等の名称

会員の代表者名 (印)

(代表者個人印・シャチハタ不可)

別添のとおり健康診断を受診したので、下記の金額を請求いたします。

利 用 施 設 名	利用人数×1人当り助成金額																				
●山形市立病院済生館	___人 × 5,000円																				
●山形市医師会健診センター																					
●健康保険山形健康管理センター																					
●山形済生病院	請 求 金 額																				
●山形県立中央病院	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>円</td> </tr> </table>																				円
									円												
●東北中央病院																					

領 収 書

平成 年 月 日

上記の金額領収いたしました。

(一社) 山形勤労者福祉サービスセンター
理 事 長 様

事業所・団体等の名称

(上記印と同じもの)

会員の代表者名 (印)

※欄は記入しないで下さい。

※事務局長	※係