

様式第 10 号— 1 (コピーしてお使いください。)

定期健康診断受診助成金請求書

令和 年 月 日

公益財団法人
郡山市文化・学び振興公社代表理事 様

事業所名

代表者名 印

事業所番号

担当者名

下記のとおり定期健康診断を実施しましたので、助成金を請求いたします。

記

請求金額								円
受診会員	名（別紙受診者名簿のとおり）							
受診日	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日							
受診機関名								
助成金振込先	金融機関名				支店名			
					支店			
	1 普通	口座番号						
	2 当座							
	フリガナ							
口座名義人								

※ この請求書には、様式第 10 号-2 定期健康診断受診者名簿（[利用ガイド P50](#)）と、受診機関が発行した事業所宛の請求書または領収書の写し、受診機関が発行した書類で、受診日・受診者氏名・受診内容の内訳が記載されているものを添付してください。