

(一社) 多治見法人会  
生活習慣病予防健診費用の助成金請求書

受診日	令和 年 月 日	事務局受付日	月 日
受診場所			
受診費用	実 費		円
請求金額	上限5千円		円
振込口座	金融機関	銀行・信用金庫・農協 支店	
	預金種目	普通・当座	口座番号
	口座名義		
受診者	役職名		生年月日 S, H, 年 月 日
	氏名		満 才
請求会員	所在地		
	法人名		
	代表者名		印

～実施要綱～

対象者：(一社)多治見法人会の会員で、満45歳以上の1事業所の役員1名

助成回数：1事業年度1回とし、利用回数は7回まで

助成金額：上限5千円までの実費

請求方法：領収書(生活習慣病予防健診費用記載・受診者明記、北°-可)を添付し郵送

助成方法：月末締、翌月15日頃振込(振込手数料は受取人負担)

送付先：〒507-0831 多治見市新町1-18

(一社)多治見法人会 Tel 0572 (23) 5538 fax 0572 (25) 0866