（H28．4改正版）　　共済会受付日付印

様式 第9号－(1)

健康チェック助成申請書

一般財団法人 岐阜県民間社会福祉事業従事者共済会 理事長 様

申請日　20　年　月　日

施設・団体番号 （新規加入施設は未記入）	
共済契約者又は施設等所在地 共済契約者又は施設等名称 （法人名・施設名） 共済契約者又は施設長等名 (理事長・会長・施設長等)	印 （法人印または施設長印） TEL ＜　　＞(　　)－
	事務担当者(記入者)氏名：

下記のとおり、添付書類を添えて申請します。

会員番号		(フリガナ) 会員氏名	(　　) ㊞

受診者(会員)生年月日	年　月　日	受診日年齢	才
共済会加入年月日(西暦)	年　月　1　日	共済会在籍期間 (受診日時点)	年　ヶ月
受診日	年　月　日		
受診医療機関			

指定振込口座（事業主口座）					
銀行・信用組合 信用金庫・農業協同組合				本店 支店 支所	
金融機関コード	店番号	口座番号	預金種目	口座名義（上段は、フリガナ）	
			・普通 ・当座	フリガナ 漢字	

【注意事項】

①確認書類として、「生活習慣病予防健診申込書(事業主用)」と受診医療機関発行の請求書(全体の請求額と個別受診日と個別請求金額の分かるもの)・領収書を必ず添付してください(いずれも、写し(コピー)でかまいません

②記入後コピーして、事業所控えとして保存ください。

＜個人情報の取扱いに関する注意事項＞申請者にかかわる個人情報は、申請事項業務及びこれに付帯する業務の範囲内で利用されます。