

様式 第9号-(1)

健康チェック助成申請書

複数申請される場合はこの様式をコピーして人数分提出して下さい。

岐阜県民間社会福祉事業従事者共済会 理事長 様

申請日 2016年 12月 1日

施設・団体番号 (新規加入施設は未記入)	0 3 0 0
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)	岐阜市下奈良2-1 特別養護老人ホーム アイフルの里 施設長 岐阜 太郎 TEL < 058 > ( 275 ) - 1111 事務担当者(記入者)氏名 :



(法人印または施設長印)

下記のとおり、添付書類を添えて申請します。

会員番号	0 0 0 4	(フリガナ) 会員氏名	( ヒダ セキコ ) 飛騨 関子
------	---------	----------------	---------------------

受診者(会員)生年月日	1971年 6月 15日	受診日年齢	45才
共済会加入年月日(西暦)	2010年 4月 1日	共済会在籍期間 (受診日時点)	6年 7ヶ月
受診日	2016年 10月 15日		
受診医療機関	共済会病院		

指定振込口座 (事業主口座)	大垣		美濃		本店
	銀行・信用組合		信用金庫・農業協同組合		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)	
0 0 0 3	0 0 5	9 8 7 6 5 4 3	普通	フリガナ	トクヨウ) アイフルノサ
			・当座	漢字	ト シセツチヨウキ
					特別養護老人ホーム ア
					イフルの里 施設長 岐

【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。