

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

申込日 年 月 日

施設・団体番号				
共済契約者又は施設等 所在地 名称 代表者名等 電話番号				
担当者 :				

下記のとおり、申請該当会員名簿を添えて申請します。

該当会員数					人
申請額 該当会員数×500円					円

【注意事項】

- 健康チェック助成申請は、1共済契約者につき年度1回とし、共済契約者指定振込口座へ送金します。
- 申請書の提出期間は、助成該年度の翌年度5月1日から8月31日までとします。
※「申請該当会員名簿」を必ず添付してください。
- 記入後コピーして、事業所控えとして保存してください。

<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。