

検 診 助 成 申 請 書

※太枠の中をご記入ください。

西暦 年 月 日

一般財団法人 青森市産業振興財団 理事長
(青森市勤労者互助会)

下記のとおり、検診助成を申し込みます。
※医療機関の領収証コピー(会員名で受診内容のわかるもの)を添付して下さい。

助成額	円	※金額は記入しないで下さい。
-----	---	----------------

事業所番号					事業所名		
					印		

会員番号					氏 名		生年月日	
							男	西 暦
							女	年 月 日
住 所							電話番号	
〒 -							- -	

受診科目 ※該当するものに○をつけて下さい。		
1. 胃内視鏡検診	2. 大腸内視鏡検診	3. 脳ドック検診

受診年月日		受診医療機関	
西 暦		名 称	
年 月 日	日	住 所	

振 込 先				
銀 行 ・ 信用金庫			本 店	
労働金庫 ・ 信用組合			支 店	
預金種目	口座番号			
1. 当座				
2. 普通				
			(フリガナ) 口座名義人	

			受 付 印
事務局長	館 長	係	