

検 診 助 成 申 請 書

※太枠の中をご記入ください。

令和 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	男 ・ 女	生年月日
							和 暦 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	
令和 年 月 日	名 称	
	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			店番	(フリガナ) 口座名義人
1. 当座 2. 普通					

			受 付 印
事務局長	館 長	係	