

# 人間ドック補助金申請書

申請日： 年 月 日

申請者	氏名		社員番号	
	所属		役職	
受診者	対象者 本人 配偶者			
	生年月日	( 歳 )		
	受診日 平成 年 月 日 ~ 月 日			
受診病院	コース 半日コース 1日コース 1泊2日コース			
	病院名：			
	住所：			
受診費用				

## 注意

対象者は、満40歳以上であること

補助率は、本人80%、配偶者50%とする。

補助金は、毎月月末に締め切り、翌月の給料支払日に支払うものとする。

受診費用については、下記に領収書(コピー可)を貼付のこと

## 領収書貼付欄