

聖隷福祉事業団労働組合
(横浜)ヘルチェック専用 人間ドック費用補助申請書

申請日	年 月 日		
施設		職員番号	
所属		組合員氏名	印
人間ドック受診者氏名			年齢 歳
互助会家族区分	本人 ・ 扶養家族	人間ドック受診日	
(該当する区分に○をつける)	A親族 ・ B親族	年 月 日	
振込希望口座 <small>必ず記入下さい。</small>			
(銀行・信金・労働金庫・農協)			支店
口座番号		口座名義人	

聖隷労組補助金額	3,000円
-----------------	--------

互助会員証コピー添付欄(本人の場合は不要)

組合処理欄		
受付日	確認日	処理日
担当者印	担当者印	担当者印

ヘルチェック領収書添付欄(※コピー不可)

※ヘルチェック人間ドックを受信後、【領収書と互助会証家族欄写し】を貼布し、労働組合へ郵送して下さい。支部担当者が組合行の封筒をもっていますので利用下さい。
なお、35歳以上の組合員本人、及びオプションに対して労組からの補助はありません。