

送付先:新南陽商工会議所／宮崎・米田 行

〒746-0017 周南市宮の前 2-6-13 FAX:0834-63-8397

会員 No	受付 No
-------	-------

2021年度 助成金申込書 ※太枠の中をご記入ください

事業所名			担当者名		
所在地	〒		TEL	()	—
			FAX	()	—
希望医療機関名	(番号)	(名称)	申込人数	名	

※助成金申込み後、受理通知書が届いてから、医療機関に健康診断の予約をしてください

No	フリガナ		性別	生年月日	受診コース (A~C)	受診希望 月	共済加入状況 助成金額
	氏名						
1			男・女	昭和・平成			加入・未加入
				年 月 日			円
2			男・女	昭和・平成			加入・未加入
				年 月 日			円
3			男・女	昭和・平成			加入・未加入
				年 月 日			円
4			男・女	昭和・平成			加入・未加入
				年 月 日			円
5			男・女	昭和・平成			加入・未加入
				年 月 日			円
6			男・女	昭和・平成			加入・未加入
				年 月 日			円
7			男・女	昭和・平成			加入・未加入
				年 月 日			円
8			男・女	昭和・平成			加入・未加入
				年 月 日			円
9			男・女	昭和・平成			加入・未加入
				年 月 日			円
10			男・女	昭和・平成			加入・未加入
				年 月 日			円
※本申込書にご記入いただいた情報は、健診書類作成以外一切利用致しません							合計金額
							円