

送付先:新南陽商工会議所／山本・片山・米田 行  
〒746-0012 周南市宮の前 2-6-13 FAX:0834-63-8397

会員 No	受付 No
-------	-------

### 平成30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~D)	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