

公益社団法人島田法人会事務局 御中

## 人間ドック受診費用補助申請書

会員住所所在地

会員会社名

所属支部

支部

電話番号

FAX 番号

受診者氏名

㊞

会社役職名

受診日

法人会役職名

補助申請額 ￥

会員区分 既正会員 新規正会員

受取方法(いずれかに✓)  事務局で受取 ※申請書原本・領収書原本・申請書に捺した  
印鑑を持参ください。

口座振込(振込手数料が引かれた金額が振り込まれます)

〈口座振り込みの場合・振込先口座情報〉

金融機関名

どちらかに○をつけてください  
当座預金・普通預金

支店名

口座番号

上記の通り人間ドックの補助金を申請いたします。 申請日 年 月 日

### 事務局記入欄

事務局受付日

事務局長

㊞

支出日

支出金額 ￥

#### ※補助金支出の要件

- 対象者／公益社団法人島田法人会会員会社の役職員
- 1年度内に同一会員会社1回、但し申請数が年度枠を超えた場合は次年度へ繰り越されます
- 補助金額／ 既正会員:2千円 新規正会員:4千円 (入会年度に限る)
- この補助金は受診者本人宛お支払い致します