

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

会員会社所在地

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

円

会員区分

既正会員・新規正会員

上記の通り人間ドックの補助金を申請致します。

申請日

事務局受付

事務局長

㊞

支出日

支出金額

円

※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 (平成16年5月現在)

○領収書のコピーを裏面に糊付けしてください

○この補助金は受診者本人宛お支払い致します

