

人間ドック・インフルエンザ予防接種
受診料補助申込書

令和 年 月 日

伊那市勤労者互助会長 殿

次のとおり人間ドックまたは予防接種の受診料を補助していただきたく申し込みます。

事業所住所
事業所名
代表者名
電話番号

㊞

事業所番号							
会員番号	氏名	生年月日		補助を希望するもの (該当に○)	受診予定日	事務局 記入欄	
	㊞	S . H	年 月 日	人間ドック インフルエンザ予防接種	令和 年 月 日	可・否	
	㊞	S . H	年 月 日	人間ドック インフルエンザ予防接種	令和 年 月 日	可・否	
	㊞	S . H	年 月 日	人間ドック インフルエンザ予防接種	令和 年 月 日	可・否	
	㊞	S . H	年 月 日	人間ドック インフルエンザ予防接種	令和 年 月 日	可・否	
	㊞	S . H	年 月 日	人間ドック インフルエンザ予防接種	令和 年 月 日	可・否	
	㊞	S . H	年 月 日	人間ドック インフルエンザ予防接種	令和 年 月 日	可・否	
	㊞	S . H	年 月 日	人間ドック インフルエンザ予防接種	令和 年 月 日	可・否	
	㊞	S . H	年 月 日	人間ドック インフルエンザ予防接種	令和 年 月 日	可・否	
	㊞	S . H	年 月 日	人間ドック インフルエンザ予防接種	令和 年 月 日	可・否	

※ 公費で補助を受けられる方(人間ドック75歳以上、予防接種65歳以上)は対象外です。

※ 会員が任意で受ける人間ドックの受診料の一部を補助するものです。 定期健康診断(一般健診)は対象外です。

入力	通知