【様式３】

平成　　年　　月　　日

健康診断等費用助成申請実施報告書

健康診断等費用助成申請決定通知を受け、受診を終了いたしましたので、下記書類を添えて報告いたします。

**※平成３１年３月１日　事務局必着！　（遅れた場合は助成できません）**

（送付先）

〒２３１－００２３

　　　神奈川県横浜市中区山下町2番地　産業貿易センタービル7階

　　　神奈川県行政書士会　健康診断助成担当　宛

|  |  |
| --- | --- |
| 会員名： |  |
| 受付Ｎｏ．： | （決定通知書【様式２】記載の番号） |
| 検診日： | 平成　　　年　　　月　　　日  平成　　　年　　　月　　　日 |
| 検診料： | 円　（領収証上の支払金額） |
| 助成額：　　　　　　　　　　　　円  　（助成決定通知の助成額と実際の検診料の半額（端数切り捨て）の低い方の額） | |
| 添付書類（チェックを入れてください）  □ 検診料支払いの領収証（原本）  　　※領収証で、受診者、検診年月日及び支払金額が確認できないときは、  　　　その旨が分かる書類を追加添付ください（写しで可）  □ 健康診断等費用助成申請決定通知書【様式２】（写し）  ――　領収証還付希望で郵送での報告の場合　――  □領収証原本還付用の返信用封筒（８２円切手を貼ってください）  ※返信で書留等を希望の場合は、その旨明示し、所定料金の切手を貼ってください。  ※返信用封筒の無い場合（切手貼付がない時を含む）は、領収証の還付をいたしません。（還付しない領収証は、金額確認後裁断破棄してしまいます） | |
| 事務局処理欄：  受理日：　　　　　　　　　　　　　　振込確認日： | |