【様式１】

令和　　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を希望いたしますので、下記のとおり申請、報告いたします。

※①から⑨の項目全てに記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| ①会員名： | ②会員番号（４桁）： |
| ③検診（日）予定日：　令和　　　年　　　月　　　日令和　　　年　　　月　　　日 |
| ④検診料（税込）：　　　　　　　　　　　　　　　　　 　円 |
| ⑤助成額（上限５，０００円）：　　　　　　　　　　　円 |
| ⑥決定通知の送付方法（選択した方法のＦＡＸ番号またはメールアドレスを記入ください）□ＦＡＸ（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　□メール（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ⑦振込先金融機関口座　（事務処理の都合上、ゆうちょ銀行以外の口座は受け付けられません）ゆうちょ銀行　　記号：　　　　　　　　番号：　　 口座名義（カナ）： |
| ⑧確認事項（チェックを入れてください）・検診等は健康保険や後期高齢者医療保険等の適用がない、所得税の医療費控除の対象として確定申告しないものですか？・令和２年４月１日から令和３年２月２６日までの受診ですか？ | □はい　　□いいえ□はい　　□いいえ |
| ⑨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）――　**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（８４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） |

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