

【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)	
<input type="checkbox"/> 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)	
<input type="checkbox"/> 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 ——	
<input type="checkbox"/> 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: