

【様式3】

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。

※令和2年2月28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・令和	年	月	日
	平成・令和	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 (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)				
事務局処理欄: 受理日: 振込確認日:				