

ドックオプション検査補助金請求書

令和 年 月 日

名古屋国税職員労働組合
厚生部長 殿

支 部

氏名 _____ 印 _____

(生年月日 S・H 年 月 日生)

ドックオプション検査受検料金の補助について、下記のとおり請求いたします。

記

1 検査名等 (MR、CT等) _____

2 受検日及び受検病院名
(1) 受検日 _____
(2) 受検病院名 _____

3 自己負担額
(ドックオプション分のみ。検査名が確認できる領収証の写しを請求書に添付する。)

4 補助金請求額
自己負担額 請求額
(_____ 円) $\times 1/2$ - 2,500 円 = _____ 円
(千円未満切上げ。上限 5,000 円)

5 振込口座

_____ 銀行・信金・農協 _____ 支店

_____ 預金 口座番号 _____

(フリガナ)

口座名義 _____