

健康診断助成申請書

* 必要事項を記入し、領収書（コピー）を添付のうえ、
音楽ユニオン事務局まで提出ください。

申請日： _____ 年 _____ 月 _____ 日
氏名： _____ (会員 No _____)
連絡先： 〒 _____
電話： _____

< 受診内容 >

受診者名： _____ (会員本人・配偶者・他 _____)

受診日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診場所： _____

受診料： _____ 円

< 助成金受取方法 >

- A. 銀行口座振込： _____ 銀行 _____ 支店
口座番号： 普・当 _____ 名義 _____
- B. 事務所窓口受取
- C. その他 (_____)

[事務局記入]

受付日	助成金額	支払日	備考

(助成基準・参考)

受診料金	助成金額 (本人)	助成金額 (家族)
2,000円～4,000円未満	1 5 0 0 円	1 0 0 0 円
4,000円～6,000円未満	2 0 0 0 円	1 0 0 0 円
6,000円～8,000円未満	2 5 0 0 円	2 0 0 0 円
8,000円～10,000円未満	3 0 0 0 円	2 0 0 0 円
10,000円～	3 5 0 0 円	3 0 0 0 円

* 1年以内に申請ください。

* 「家族」とは、配偶者・父母子をさします。