

※受付年月日

岩見沢市勤労者共済会助成金請求書

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

請求金額				¥	〇	〇	〇	〇	円	
会員番号		001-0000				会員氏名		共済 勤		
助成 種 目	〇	人間ドック等	受診施設	〇〇病院						
			受診料	〇〇〇〇円		受診年月日	令和〇年〇月〇日			
		各種予防接種	接種施設				予防接種の種類			
			接種料				接種年月日			

振込先	空知信用金庫 本店 支店						口座名義	株式会社共済 代表取締役 共済太郎	
口座番号	0	0	0	0	0	0	0	預金種別	① 普通 2 当座

上記のとおり、助成金を請求します。
また、助成金は上記口座に振込を依頼します。

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

岩見沢市勤労者共済会理事長 様

所在地 岩見沢市場が丘〇丁目〇ー〇
事業所名 株式会社 共済
共済契約代表者 共済 太郎

※振込先は事業所名義の口座を記入してください。

※事業所印を捺印してください。

社株共済会

委任状

私は、契約代表者に上記助成金の請求及び受領に関する一

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

岩見沢市勤労者共済会理事長 様

会員氏名 共済 勤

※会員の氏名を記入、捺印(シャチハタ等のスタンプ印は受付できません)をしてください。

共済