

様式 1

地域住民健康診断助成交付申請書

公益社団法人 沖縄県農林水産団体共済会 御中

平成 年 月 日

団 体 名

団体長名

印

下記のとおり実施しましたので申請いたします。

記

実施年月日	平成 年 月 日 (平成 年 月 日まで)
実施内容	<input type="checkbox"/> 人間ドッグ <input type="checkbox"/> 一般検診 <input type="checkbox"/> 特定検診 <input type="checkbox"/> その他 ()
医療機関名称	
受診人数	人
添付書類	請求書・支払明細書等 (写し可)

(注) 地域住民に対する健康診断への助成は、受診者 1 人当たり 1,000 円以内です。