Web

# 遺伝子検査助成金請求書兼領収証

一般社団法人胆江地区勤労者福祉サービスセンター　御中

平成　　年　　月　　日

遺伝子検査助成金（検査日　平成　　年　　月　　日）を下記のとおり請求します。

| 請求額 | ¥ | 5 | 0 | 0 | 0 |
|---|---|---|---|---|---|

請求のとおり受領いたしました。

| 事業所名 | | 入会承認日 | 平成　　年　　月　1日 |
|---|---|---|---|
| 会員番号 | ― | ①会員本人 | |
| 会員氏名 | ㊞ | ②登録家族氏名 | （続柄　　） |

↑ボ印以外　　↑どちらかに〇をし、②の場合は氏名を記入

【請求方法】
上記太線枠内に記入及び捺印し、必ず請求書等の金額がわかるものを添付してハートアイ窓口へおいで下さい。
（請求用紙はハートアイ窓口にも用意してあります。ホームページからもダウンロードできます。）

【注意事項】
会員・登録族１人年度内１回請求できます。

【請求期限】
検査翌年４月末まで受付致します。

代理受領者サイン

※ハートアイ記入欄

| 回数確認者 | 窓口担当者 |
|---|---|
| ㊞ | ㊞ |

| 受　付　日 |
|---|
| |