輪島商工会議所　あすなろ共済制度・特定退職金共済制度加入事業所限定

　　　　　/　　　　ページ

**健康診断受診特典　会員限定商品券請求書**

輪島商工会議所　御中（ＦＡＸ：０７６８－２２－７７０７）

請求日：令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 住所　 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 事業所名 |  |
| 代表者名　(請求者名) | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　 　印 |
| 加入事業者　番　　　号 |  |

　　　下記の被共済者が当所実施の健康診断を受診致しましたので、次の通り請求いたします。

　　□　あすなろ共済制度加入者　　＠１，０００×　健康診断受診数　　　　　　名　　計　　　　　　　　円

　　□　特定退職金共済制度加入者　＠１，０００×　健康診断受診数　　　　　　名　　計　　　　　　　　円

請求金額　計　　　　　　　　円

※あすなろ共済制度・特定退職金共済制度どちらも加入している方は、どちらか一方のみの申請となります。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 加入制度 | 加入者番 号 | 加入者(被共済者名)　※カタカナで記入願います | 受診日 |
| 記入例①特定退職金共済制度 | 　１ | ワジマ　タロウ | 令和 ４年１０月２０日 |
| 記入例②あすなろ共済制度 | 　１ | ワジマ　ハナコ | 令和 ４年１０月２１日 |
|  |  |  | 令和　 年　　月　　日 |
|  |  |  | 令和　 年　　月　　日 |
|  |  |  | 令和　 年　　月　　日 |
|  |  |  | 令和　 年　　月　　日 |
|  |  |  | 令和　 年　　月　　日 |
|  |  |  | 令和　 年　　月　　日 |
|  |  |  | 令和　 年　　月　　日 |
|  |  |  | 令和　 年　　月　　日 |
|  |  |  | 令和　 年　　月　　日 |
|  |  |  | 令和　 年　　月　　日 |