

WJRI労働組合 予防接種及び健康診断補助申請書

- ・原則として、事由発生後3ヶ月以内に申請してください。
- ・金額・内容を確認できる領収書や請求書を添付してください。
- ※金額のみ等、検査内容が判断できない場合は受付できません
- ・以下の事由を補助対象(いずれか1項目のみ)とし、上限は¥3,000です。

予防接種	麻疹(はしか)・風疹予防接種
健康診断	子宮頸がん検診／乳がん検診 肺がん検診／胃がん検診 大腸がん検診／前立腺がん検診

精算日	申請者受領印	処理印
/		

(京都支部) 補助申請 受付窓口	場所: 7F組合事務所 日時: 毎月第2木曜日・第4火曜日 12:30~15:30 ※受付は窓口のみ(送達では受付できません) ※大阪支部は都度支区長にお申し出ください
------------------------	---

申請日	年 月 日	申請者	印
所属支部	京都・大阪	社員No.	
所属支区	区	内線	

補助事由詳細			
支払日	年 月 日	支払金額	円
内容			
医療機関名			

※太枠内をすべてご記入ください
 ※補助は1年(10月~9月)に1項目かつ1回限りとなります

補助金申請額	円
--------	---

WJRI労働組合 予防接種及び健康診断補助申請書

- ・原則として、事由発生後3ヶ月以内に申請してください。
- ・金額・内容を確認できる領収書や請求書を添付してください。
- ※金額のみ等、検査内容が判断できない場合は受付できません
- ・以下の事由を補助対象(いずれか1項目のみ)とし、上限は¥3,000です。

予防接種	麻疹(はしか)・風疹予防接種
健康診断	子宮頸がん検診／乳がん検診 肺がん検診／胃がん検診 大腸がん検診／前立腺がん検診

精算日	申請者受領印	処理印
/		

(京都支部) 補助申請 受付窓口	場所: 7F組合事務所 日時: 毎月第2木曜日・第4火曜日 12:30~15:30 ※受付は窓口のみ(送達では受付できません) ※大阪支部は都度支区長にお申し出ください
------------------------	---

申請日	年 月 日	申請者	印
所属支部	京都・大阪	社員No.	
所属支区	区	内線	

補助事由詳細			
支払日	年 月 日	支払金額	円
内容			
医療機関名			

※太枠内をすべてご記入ください
 ※補助は1年(10月~9月)に1項目かつ1回限りとなります

補助金申請額	円
--------	---