

検診補助金申請書

[申請日] 20 年 月 日

私は、下記のとおり検診補助金を申請いたします。

記

【検診項目】 補助申請する検診項目に を入れてください。

乳がん	婦人科 (子宮頸がん・子宮体がん・卵巣がん等)	大腸がん	前立腺がん
-----	----------------------------	------	-------

【会員登録情報】

会員氏名	会員番号	E・A・S・D-	—
協会への 登録住所	都道府県		市区郡
TEL	メールアドレス		

【振込口座情報】

銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 出張所
--------------------------	-----------------

預金種類	普通・当座	口座番号							
------	-------	------	--	--	--	--	--	--	--

口座名義(カナ) ※記入必須

事務局記入欄

請求 内訳	乳がん 検診	課税(10%)対象		消費税	
		課税(8%)対象★		消費税	
	婦人科 検診	課税(10%)対象		消費税	
		課税(8%)対象★		消費税	
	大腸がん 検診	課税(10%)対象		消費税	
		課税(8%)対象★		消費税	
	前立腺がん 検診	課税(10%)対象		消費税	
		課税(8%)対象★		消費税	
振込金額		¥			

〒102-0082
東京都千代田区一番町 25 JCIIビル3F
一般社団法人 日本エステティック協会
TEL:03-3234-8496
登録番号:T1010005013490

会計担当理事	委員長・事務局長	事務局担当者

※裏面に、各種検診で医療機関にお支払した領収書(コピー)と診療明細書(コピー)を貼付してください。
診療明細のご提出が無い、または診療明細に補助対象の検診項目が無い場合は支給対象となりませんのでご注意ください。