様式１

地域住民健康診断助成交付申請書

公益社団法人 沖縄県退職金支援共済会　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	□人間ドッグ　□一般検診　□特定検診 □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。