

一般社団法人日本アニメーター・演出協会 検診費補助金交付申請書

下記のとおり健康診断を受診しましたので補助金を申請します。

申請日	令和 年 月 日		
受診日	令和 年 月 日		
受診者	会 員 種 別	正会員・無料正会員・業界会員・準会員・賛助会員・(家族)	
	会 員 番 号		
	氏 名	印	
	性 別	男・女	
	住 所	〒	
	電 話 番 号		
	メールアドレス		
	生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日	

振込先	銀 行 名	銀行・信用金庫
	支 店 名	本店・支店
	預 金 種 別	普通・当座・貯蓄
	口 座 番 号	
	口座名義カナ	

<注意事項>

- ① 会員番号が不明な場合は、書類提出前に JAniCA 事務局までお問い合わせください。
- ② 申請する際には、本申請書に「領収書(コピー)」を必ず添付ください。
- ③ 補助対象者は、JAniCA に加入している会員本人のみです。
- ④ 文美国保に対して補助申請をした場合には、本補助制度を利用することはできません。
- ⑤ 補助金は、検診費用のうち 4000 円を上限として補助します。
- ⑥ 補助金は、月末締め、翌月 10 日に振込を行います。なお、当事務局から振込通知は行いませんので預金通帳でご確認ください。
- ⑦ 補助金の申請期限は、領収書発行日から 3 ヶ月です。期限を過ぎると補助金が受けられませんのでご注意ください。

JAniCA 記入欄	補助金支給額	受付印
	4,000 円	