

FAX:0466-24-4500

※ご記入頂いた内容につきましては、補助券発行
以外の目的には使用いたしません。

湘南勤労者福祉サービスセンター補助券等申請書

この用紙に、ご希望の内容、日程、対象者等をご記入のうえ、上記番号へ
FAX してください。後日補助券等を記載のご住所へ郵送いたします。
『しおかぜ湘南 WEB』からも申請ができます。ご利用ください!!



財 団 記 入 欄	発券番号		取 扱 者	
	発行日			
	発行者	公益財団法人湘南産業振興財団		

補 助 券 送 付 先	住 所	事業所・自宅・その他 ()
	連 絡 先 ☎	
	事 業 所 名	
	申 請 者 名	

1. ご希望の内容に、チェック (✓) してください。

☐ 東京ディズニーリゾート・コーポレートプログラム利用券 (2,000 円)

① ※いずれかをお選びください。 ☐ 一般健康診断補助券 ☐ 日帰り人間ドック補助券	② <一般健康診断、人間ドック取扱病院> <table border="0"> <tr> <td>☐ 藤沢市保健医療センター</td> <td>☐ 藤沢総合健診センター(順天医院)</td> </tr> <tr> <td>☐ 湘南第一病院</td> <td>☐ ライフメディカル健診プラザ</td> </tr> <tr> <td>☐ 西横浜国際総合病院</td> <td>☐ 湘南藤沢徳洲会病院</td> </tr> <tr> <td>☐ 茅ヶ崎徳洲会病院</td> <td>☐ 寒川病院</td> </tr> <tr> <td>☐ 大船中央病院</td> <td>☐ 鈴木病院</td> </tr> <tr> <td>☐ ヘルスサイエンスセンター</td> <td>☐ 進興会</td> </tr> </table> <人間ドックのみ取扱病院> <table border="0"> <tr> <td>☐ 茅ヶ崎市立病院</td> <td>☐ 信愛クリニック</td> </tr> <tr> <td>☐ 横浜東口クリニック</td> <td>☐ 京浜健診クリニック</td> </tr> <tr> <td></td> <td>☐ アムストマーククリニック</td> </tr> </table>	☐ 藤沢市保健医療センター	☐ 藤沢総合健診センター(順天医院)	☐ 湘南第一病院	☐ ライフメディカル健診プラザ	☐ 西横浜国際総合病院	☐ 湘南藤沢徳洲会病院	☐ 茅ヶ崎徳洲会病院	☐ 寒川病院	☐ 大船中央病院	☐ 鈴木病院	☐ ヘルスサイエンスセンター	☐ 進興会	☐ 茅ヶ崎市立病院	☐ 信愛クリニック	☐ 横浜東口クリニック	☐ 京浜健診クリニック		☐ アムストマーククリニック
☐ 藤沢市保健医療センター	☐ 藤沢総合健診センター(順天医院)																		
☐ 湘南第一病院	☐ ライフメディカル健診プラザ																		
☐ 西横浜国際総合病院	☐ 湘南藤沢徳洲会病院																		
☐ 茅ヶ崎徳洲会病院	☐ 寒川病院																		
☐ 大船中央病院	☐ 鈴木病院																		
☐ ヘルスサイエンスセンター	☐ 進興会																		
☐ 茅ヶ崎市立病院	☐ 信愛クリニック																		
☐ 横浜東口クリニック	☐ 京浜健診クリニック																		
	☐ アムストマーククリニック																		

2. 受診日をご記入ください。*補助券の方

年	月	日
---	---	---

3. 補助対象者 (健診=会員及び同居家族、TDR 利用券=会員のみ) をご記入ください。

	氏 名	性 別	生 年 月 日	区 分	会員番号	事 業 所 名
1		男・女	西暦 年 月 日	会員・同居家族		
2		男・女	西暦 年 月 日	会員・同居家族		
3		男・女	西暦 年 月 日	会員・同居家族		
4		男・女	西暦 年 月 日	会員・同居家族		
5		男・女	西暦 年 月 日	会員・同居家族		
6		男・女	西暦 年 月 日	会員・同居家族		

	人間ドック補助額	一般健康診断補助額	※医療機関へご予約時に必ず補助券を利用する旨をお伝えください。 ※補助券を他団体の制度と併用する場合は、医療機関により利用できないことがありますので、必ず事前に医療機関に利用可能かどうかを確認してからお申込みください。
会員40歳以上	11,000 円	2,000 円	
会員40歳未満	8,000 円		
同居家族	4,000 円	1,000 円	