

|                                                         |              |         |       |
|---------------------------------------------------------|--------------|---------|-------|
| 申請人姓名                                                   |              | 出生日期    | 年 月 日 |
| 單位                                                      |              | 職 稱     |       |
| 上次健康檢查日期                                                | 年 月 日        | 檢 查 日 期 | 年 月 日 |
| 健康檢查院所                                                  |              |         |       |
| 請 領 金 額                                                 | 新台幣 仟 佰 拾 元整 |         |       |
| 茲領到<br>健康檢查補助費新台幣 仟 佰 拾 元整。<br>此 據<br>具領人 (簽章)<br>年 月 日 |              |         |       |
| 人 事 室                                                   | 主 計 室        |         | 校 長   |
|                                                         |              |         |       |
| 醫療院所機構收費單據正本黏貼處（須有健康檢查之註記）                              |              |         |       |
|                                                         |              |         |       |