

APPLICATION FOR BODY CHECK ALLOWANCE

身體檢查津貼申請表

Part 1: Fill in by Applicant (第一部份：員工填寫)		Reference No.:
Chinese Name 員工姓名(中)：	English Name (英)：	
ID No. (身份證號碼)：	Join Date (入職日期)：	
Position (職位)：	Department (部門)：	
Name of the Body Check Scheme 身體檢驗計劃名稱： _____		
Included Hepatitis B Antigen & Antibody Test and Chest X-ray (包括：乙型肝炎及肺部X光) _____		
Name of Laboratory Center/Hospital/Clinic 化驗中心 / 醫院 / 診所名稱： _____		
Date of Body Check 檢驗日期： _____		
Total Amount 身體檢驗總金額： HK \$ _____		
Signature of Applicant (員工簽署)：		Date (日期)：

Part 2 Official Use Only (第二部份：公司填寫)

<input type="checkbox"/>	Body Check Allowance is the actual amount of Body Check, HK\$ _____ 身體檢查津貼金額為員工實際檢驗總金額，HK\$ _____
<input type="checkbox"/>	Body Check Allowance is the upper limit of HK\$700. 身體檢查津貼金額為公司津貼上限，HK\$ 7 0 0 Remarks (備注)：
Account Division (會計組簽署)：	
Company Approval (公司批核)：	
Date (日期)：	Date (日期)：

CONFIRMATION OF REDEMPTION

員工簽收確認

Reference No.:	
I, _____, confirmed that I have received the Body Check Allowance of HK\$ _____.	
本人_____現確認簽收身體檢查津貼金額 HK \$ _____。	
Signature of Applicant (員工簽署)：	Date (日期)：