

健康診断助成金交付申請書

健診機関名				
実施日	20 年 月 日 ~ 20 年 月 日			
受診人数 (会員のみのみ)	人 (受診者名は別紙明細書のとおり)			
申請額	会員負担額 (1人あたり)	1人当たりの助成金	受診人数	助成金額 (円)
	5,000円以上 ~ 6,000円未満	500円		円
	6,000円以上 ~ 8,000円未満	1,000円		円
	8,000円以上	2,000円		円
		合計	人	円
添付書類	1. 受診内容が確認できる明細書等 2. 領収書 (写)			
【注意事項】	※ 同日であっても、胃部・大腸・子宮がん・乳がん・血液オプションの検査は対象外			

上記のとおり、健康推進助成事業実施要綱に基づき、別紙「健康診断助成金実施明細書」「会員の氏名並びに受診金額が明記された明細書」及び「領収書(写)」を添付し申請します。

20 年 月 日

事業所番号

事業所名

代表者名

印

振込口座：当センターに登録の振込口座をご記入下さい。

※ 会員個人口座への振込みはできません。

金融機関	銀行 信用金庫 農協	本店・支店 代理店 出張所
預金種目	当座 ・ 普通	口座番号
口座名義		

* 当該申請書は目的以外使用しません