健康診断受診料助成金交付申請書

年　　月　　日

下記のとおり定期健康診断を実施したので、助成金の交付を申請します。

申請者	事業所名			事業所番号
	代表者名	㊞		
	所在地			
	電話番号		担当者名	
申請内容	実施年月日			
	実施医療機関名	名称		
		所在地		
	助成金額	円	受診者数	名
助成金振込口座	下記口座へ振込をお願いします。 銀行 信用金庫　　支店 信用組合			
	預金種目	普通・当座	口座番号	
	名義 （フリガナ）			

この申請書を提出の際、次の書類を添付してください。(写し可)

1．医療機関の定期健康診断受診料請求書　※受診した人数（または氏名）金額が記載されているもの

2．医療機関の定期健康診断受診料領収書　※振込金額がわかるもの

3．受診者名簿　※100 名以下の事業所

交付	月　日	書類確認	担　当

決裁	係	係	次　長	事務局長

年度定期健康診断受診者名簿

事業所番号					事業所名	

No.	氏　　名	会員番号	備考	No.	氏　　名	会員番号	備考

※会員番号は、上から４桁が事業所番号、下から３桁が個人番号となっていますので２番目の方からの記入は、下３桁のみをご記入ください。