

# 健康増進事業(健康診断料)補助申請書

平成 年 月 日

湖北地域勤労者互助会長 様

事業所会員番号 \_\_\_\_\_

事業所名 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

代表者名 \_\_\_\_\_ 印

連絡先 \_\_\_\_\_

健康診断を実施したので「健康診断実施明細書」および「領収書」を添えて、  
下記の通り補助申請します。

|            |              |       |      |                                    |
|------------|--------------|-------|------|------------------------------------|
| 健診機関名      |              |       |      |                                    |
| 健診実施日      | 平成 年 月 日     |       |      |                                    |
| 会員受診人数     | 人 (A+B)      |       |      |                                    |
|            | 1人当たりの支払健診料金 | 受診人数  | 補助金額 |                                    |
| 補助金<br>申請額 | 5千円未満        | 円     | 人    | 500円 × _____人(A) =<br><br>_____円   |
|            |              | 円     | 人    |                                    |
|            |              | 円     | 人    |                                    |
|            |              | 円     | 人    |                                    |
|            |              | 円     | 人    |                                    |
|            |              | 小計(A) | 人    |                                    |
|            | 5千円以上        | 円     | 人    | 1,000円 × _____人(B) =<br><br>_____円 |
|            |              | 円     | 人    |                                    |
|            |              | 円     | 人    |                                    |
|            |              | 円     | 人    |                                    |
|            |              | 円     | 人    |                                    |
|            |              | 小計(B) | 人    |                                    |
| 補助金申請合計額   |              | 円     |      |                                    |

- 注1) 年1回に限り、健康診断を実施(受診)した事業所または会員のいずれかに補助するものです。
- 注2) 補助金は、会費を振込んでいただいている口座に入金します。
- ※ 当該申請書は、目的以外には使用しません。