

健康増進事業(人間ドック)補助申請書

令和 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

代表者名

連絡先

印

人間ドックを受診したので「領収書」を添えて、下記の通り補助申請します。

| | | | |
|------------|----------|------|--------|
| 会員氏名 | | 会員番号 | |
| 健診機関名 | | | |
| 健診実施日 | 令和 年 月 日 | | |
| | 支払健診料金 | 補助金額 | 該当欄に○を |
| 補助金 申請額 | 3万円未満 | 円 | 2,000円 |
| | 3万円以上 | 円 | 3,000円 |

| | | | |
|------------|----------|------|--------|
| 会員氏名 | | 会員番号 | |
| 健診機関名 | | | |
| 健診実施日 | 令和 年 月 日 | | |
| | 支払健診料金 | 補助金額 | 該当欄に○を |
| 補助金 申請額 | 3万円未満 | 円 | 2,000円 |
| | 3万円以上 | 円 | 3,000円 |

| | |
|----------|---|
| 補助金申請合計額 | 円 |
|----------|---|

注1) 年1回に限り、人間ドックを受診した会員に支払金額に応じて補助します。

注2) 補助金は、会費支払口座に入金します。

※ 当該申請書は、目的以外には使用しません。