

健康増進事業(健康診断料)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 _____
 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「請求書」「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	令和 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 申請額	5千円未満	円	人	500円 × _____人(A) = _____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) = _____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。