

# 健康増進事業(人間ドック)補助申請書

平成 年 月 日

湖北地域勤労者互助会長 様

所在地 \_\_\_\_\_

事業所(会員)番号 \_\_\_\_\_

事業所(会員)名 \_\_\_\_\_ 印

代表者名 \_\_\_\_\_ 印

下記会員が人間ドックを受診したので、をします。

健診機関名			
健診実施日	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
会員名・番号	会員名:		番号:
補助金 申請額	支払健診料		補助金額
	3万円未満	円	2,000 円
	3万円以上	円	3,000 円

健診機関名			
健診実施日	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
会員名・番号	会員名:		番号:
補助金 申請額	支払健診料		補助金額
	3万円未満	円	2,000 円
	3万円以上	円	3,000 円

合 計	円
-----	---

注1) 年1回に限り、健康診断を実施(受診)した会員に補助するものです。

注2) 「領収書(写)」を添えて補助申請ください。

注3) 補助金は、会費を振込んでいただいている口座に、振込みいたします。

※当該申請書は、目的以外には使用いたしません。