

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

所在地 _____

事業所(会員)番号 _____

事業所(会員)名 _____ 印

代表者名 _____ 印

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(写)」を添えて、次のとおり補助申請をします。

健診機関名				
健診実施日		平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
受診人数(会員のみ)		_____人(受診者名は別紙明細書のとおり)		
補助金 申請額	1人当の支払健診料	円	人	補助金額 500円×_____人(A) =_____円
		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		
小計(B)		人		
合 計				円

注1) 年1回に限り、健康診断を実施(受診)した事業所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、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。

健康診断実施明細書

事業所番号		事業所名	
-------	--	------	--

	会員番号	受診者名(会員名)	健診年月日	支払健診料	備考
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					