

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 _____

代表者名 _____

連絡先 _____

印

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
		円	人
		円	人
		円	人
		円	人
		小計(A)	人
	5千円以上	円	人
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。