

職場健診 補助金支給申請書

記 号		支給決定人数 (※健保組合使用欄)	名
受診者数	名	支給決定金額 (※健保組合使用欄)	円

健診機関名	
-------	--

振込先				
金融機関名		銀行		本店
		信金		支店
		信組		営業部
口座番号	普通 ・ 当座	No.		
フリガナ				
口座名義 ※事業所のみ				

事業所所在地	
事業所名称	
事業主名	

留意事項	
・ 健保組合の契約外で受診した健診費用についても補助をしています。 ・ 領収書（コピー）、健診結果（コピー）、特定健康診査問診票を添付して提出してください。 ・ オプション検査は補助対象外です。	

常務理事	事 務 長	課 長	係 長	保 健 師	係 員

(受付日)