

健康診断組合補助金申請書

事業所名称

⑩

事業主氏名

事業所記号

実施支店・営業所名			
所在地	TEL		
実施年月日	令和	年	月 日 ~ 年 月 日
実施健診機関	所在地		
	名称		
実施者数	人		

実 施 者 内 訳			
種 別	実 施 人 数	補 助 金 単 価	金 額
生活習慣病健診	人	円	円
一般定期健診	人	円	円
前立腺がん検査	人	円	円
子宮がん検診	人	円	円
乳がん検診	人	円	円
再 検 査	人	円	円
支 給 額 合 計			円

* 太枠内は記入しないでください。

※事業所の振込先金融機関

金 融 機 関 名	銀行 信金 農協	支 店 名	支店
当・普	口 座 番 号	口 座 名	ふりがな

※生活習慣病・一般定期健診ともに規定項目を受診してください。

※健診機関からの請求書・領収書・個人結果票（すべてコピー）
+質問票（40歳以上の生活習慣病健診受診者のみ）を添付してください。

振込通知番号	第 号
--------	-----