

平成 年 月 日

大阪紙商健康保険組合
理 事 長 様

事業所名称 印
事業主氏名

健康診断実施報告書・組合補助金申請書

上記について、当事業所の従業員が下記のとおり健康診断を実施しましたので、添付書類を添えてご報告申し上げますとともに、補助金の申請をいたします。

| | | | |
|-----------------------------|-----|----------|------------|
| 実施支店・営業所名 | | | |
| 所在地 | | TEL | FAX |
| 実施年月日 | | 平成 年 月 日 | ～ 平成 年 月 日 |
| 実施健診機関 | 所在地 | | |
| | 名称 | | |
| 受診者数 | | 名 | |
| 受診者氏名および健康診断個人票(コピー)は添付のとおり | | | |

| 健診料組合補助金 | | | |
|----------|------|-----------|-------|
| 種別 | 実施人数 | 1人当たり補助単価 | 補助金合計 |
| 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 |
| 合計 | 人 | 円 | 円 |

*太枠内は記入しないでください

※銀行口座名まで必ずご記入ください。

| | | | |
|-------|------------------|-------------|----|
| 金融機関名 | 銀行 信用金庫 農協 | 支店名 | 支店 |
| 当・普 | 口座番号 | ふりがな 口座名 | |

※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。

| | |
|--------|-----|
| 振込通知番号 | 第 号 |
|--------|-----|