

(第18号様式)

健康診断等受診料助成金交付申請書

年 月 日

(一財) 守山野洲勤労福祉サービスセンター理事長 様

申請者 事業所名 _____ (印)

会員番号 _____

会員氏名 _____

(対象者が複数人ある場合は、別紙健康診断等受診者名簿に記入して下さい。)

下記のとおり、受診したので、助成金を交付されるよう関係書類を添えて申請します。

記

受診日	年 月 日	年 月 日		
受診医療機関名				
受診料	円			
申請金額	負担額 (一人当たり)	助成金 (一人当たり)	受診人数	助成金額
	1,000円以上～5,000円未満	500円		
	5,000円以上～10,000円未満	1,000円		
	10,000円以上～20,000円未満	2,000円		
	20,000円以上～30,000円未満	3,000円		
	30,000円以上～50,000円未満	5,000円		
	50,000円以上	10,000円		
		合計	人	円
振込先	事業所指定の会費振替口座			
添付書類	受診内容が確認できる領収書(写)等			
注意事項	※ 受診料は、市町・健保組合等からの補助を差引いた料金が対象。 ※ 治療に伴う検診は、対象としない。			

助成対象健診：定期健康診断

生活習慣病予防健診

付加健診 (大腸がん検診、胃がん検診等のオプション健診)

人間ドック・脳ドック