

(第 18-1 号様式)

健康診断等受診料助成金交付申請書  
令和 3 年度 (R3.4/1~R4.3/31) 受診分

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 \_\_\_\_\_ ⑩

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 (保険診療) 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検診)

人間ドック・脳ドック