

(第18号様式)

健康診断等受診料助成金交付申請書  
令和4年度(R4.4/1以降)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 \_\_\_\_\_ 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	令和4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	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	1,500円		
	20,000円以上~30,000円未満	2,500円		
	30,000円以上~50,000円未満	4,000円		
	50,000円以上	7,000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

注意) 2022年4月1日受診分より、年間2回健康診断を実施されている事業所は、合計額(2回受診分まとめて合算)にて申請できます。この場合、申請期間は、2回目受診日以降3ヵ月以内となりますので、ご注意ください。