（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　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

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　　　　　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）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。