

(第 18 号様式)

## 健康診断等受診料助成申請書

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 \_\_\_\_\_

T E L \_\_\_\_\_

(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ください。)

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   |        |      |      |
|---------|---|--------|------|------|
| 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。<br>※ 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 ヶ月以内となりますので、ご注意ください。

※当該申請書は、目的以外に使用しません。