

(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
	8,000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	3,000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	※一般健診(8,000円未満)は、対象外になります。 ※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】・付加健診(大腸がん検診、胃がん検診等のオプション検診等)
・人間ドック・脳ドック

【申請期間】受診日から6ヶ月以内

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。