

定期健康診断補助金申請書

No.

公益社団法人 渋谷区勤労者福祉公社 理事長 殿

年 月 日

当事業所は、本年度の「定期健康診断」を下記により実施したので、定期健康診断に係る受診経費の一部について、補助金を請求します。

請求金額	¥	—
------	---	---

《申請内容》

事業所番号	—	事業所名				
事業所住所	〒					
事業主氏名		受診者数	名	受診期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
実施医療機関名		支払日	年 月 日			

○補助金の受領を代理人_____に委任します。※代理人受領の場合はご記入ください。

領 収 書	
下記の金額を受領いたしました。	年 月 日
金額 ¥ _____	受領者 _____ (印)

振込をご希望の場合は、事業所名義の口座を記入してください。

金融機関	銀行・信用金庫						支店
口座種別	普通・当座	口座番号					
フリガナ							
口座名義							

◎注意事項

- * 年度内1回を限度として事業所で定期健康診断を実施した場合、事業主の方に、受診した会員1人につき2,000円を補助します。なお、受診料が2,000円に満たない場合は、実費のみの補助となります。
- * 受診した医療機関の領収書(宛名が事業所名であること、定期健診受診の記載のあるもの、コピー可)及び健診の受診者名簿を添付してください。
- * 個人で受診した健康診断は対象外となります。

※記載された個人情報は本申請の目的以外に利用いたしません。

受 付 印

事務局 長		庶 務 主 任		確 認	支 給