自治体検診補助金申請書

申請書は、黒のボールペン等を使用し、楷書で枠内に丁寧にご記入ください。

事業所記号		申請人数	人
事業所所在地 事業所名称 電話番号	補助金申請手続き及び受領について、別紙加入員から同意・委任を受けましたので申請します。 印		
振込先指定口座 金融機関名　称	銀行・金庫・信組 農協・漁協 その他（　　）		本店・支店 代理店・出張所・本店営業部 本所・支所
預金種別	1. 普通 2. 当座	口座番号	左づめでご記入ください。
口座名義	▼カタカナ（姓と名の間は１マス空けてご記入ください。濁点（゛）、半濁点（゜）は１字としてご記入ください。）		

注意事項

１．この申請書は、事業所で取りまとめて申請手続きをするための用紙です。

※振込先は事業主様名義の口座に限ります。

２．補助対象者は、受診日当日に当健保組合に加入している方とします。

３．補助金額については、各検診にかかった自己負担分（１００円未満切り捨て）を補助します。

例）領収証の金額：５６０円　→　補助金額：５００円

※人間ドック等のコースまたはオプションで受診された検査料金は補助の対象外です。

４．年齢は当該年度末の年齢を記入してください。

５．記入誤りは二重線で消し、正しく書き直してください。（修正テープは使用しないでください。）

６．必要添付書類……領収証の原本、市報等の検診料金および受診条件、検診の指定医療機関が分かるものの写し。

複数の検診を申請する方は、１度にまとめてご申請ください。
申請は年度内１回のみです。２回目以降の申請については補助金をお支払いすることはできません。

受付日付印

健保使用欄

決定人数	人
支払決定額	円