

生活習慣予防健康診断 補助金申請書

添付書類
 ①領収書（原本）
 ②明細書（コピー可）
 ③健診結果（コピー可）

事業所所在地	印
事業所名所	
事業主氏名	
電話	

振込先

銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店	種別	口座番号											
		当座 普通												
口座名義人 (カナで記入)														

健診 月日	保険証 番号	氏 名	年齢	健診医療機関名	健診料金	婦人科オプション <input checked="" type="checkbox"/> して下さい				補助金額 ※健保使用欄	備 考
						子宮細胞診	乳房超音波	乳房マンモ	その他		
/											
/											
/											
/											
/											
/											
/											
/											
/											
/											

注意 受付印

※健診料金は上限10,000円までです。また、補助金額は健診料金の8割となります。
 ※婦人科オプションは、健康診断と同時に申し込みされた場合のみ補助の対象となります。
 ※婦人科オプションは、婦人科に関する検査を組み合わせで20,000円までが補助の対象となります。その他の検査をされた場合は、備考欄に検査名を記入してください。