

会 計		決 裁 欄			受付印
取扱者	係	合 議	次長	事務局長	

津山圏域勤労者互助会
健康診断等受診助成 申請書兼領収書

津山圏域勤労者互助会会長 殿

請求日 年 月 日

添付書類のとおり、健康診断等を実施したこと及びその助成対象者であることを証明し、助成金の交付を申請します。

事業所番号	会員番号※	事業所名	会員氏名※

※助成対象者が複数名いる場合は記入せず、対象者名簿を添付してください。

区分	内 訳	請求金額	請求内訳	添付書類
1	人間ドック/ 生活習慣病予防検診	0 円	1,000 円 × 人 = 0 円	○領収書 次の内容が記載されていることを ご確認ください。 ・医療機関名 ・受診者名 ・金額 ・受診内容(検診の内容が明記さ れているもの)
		0 円	2,000 円 × 人 = 0 円	
		0 円	3,000 円 × 人 = 0 円	
2	定期健康診断/ 特定業務従事者健康診断	0 円	1,000 円 × 人 = 0 円	○対象者名簿(複数名分をまとめて 申請する場合) ※事業所様で一括して受診料をお 支払いされている場合は、申請者 個々の受信した内容および金額が 特定できる請求明細等をご添付く ださい。
		0 円	2,000 円 × 人 = 0 円	
		0 円	3,000 円 × 人 = 0 円	
3	乳がん検診 ※区分1または区分2と重複可	0 円	1,000 円 × 人 = 0 円	※区分1または区分2の検診にオプ ションで乳がん検診を追加した場 合は区分3も対象となります。
		0 円	2,000 円 × 人 = 0 円	
		0 円	3,000 円 × 人 = 0 円	
合計金額		0 円		

上記申請のとおり健康診断等受診助成金を支給してよろしいか。

領 収 書	
金 額	円
上記のとおり領収しました。 20 年 月 日	
津山圏域勤労者互助会会長 殿	評議員氏名 印