

定期健康診断補助金交付申請書

令和 年 月 日

(一財) 諏訪湖勤労者福祉サービスセンター理事長 様

事業所番号 _____ 事業所住所 _____

事業所名 _____

代表者氏名 _____ 印

定期健康診断を実施しましたので、関係書類を添えて申請します。

記

請求金額 円

受領方法
1. 口座振込を選択している事業所
2. 事務所窓口受取
岡谷事務所 ・ 下諏訪事務所

定期健康診断補助
(事業所宛領収書の写し及び受診者名簿を添付)

(500円× 人＝ 円)

・ 補助金の申請は実施日から6か月以内となります。

上記の金額を領収しました。

令和 年 月 日

氏名 _____

* 申請の段階では記入しないでください。

受付	備考

担当者	課長	事務局長	常務理事

定期健康診断補助対象者名簿

事業所名				事業所番号	
受診医療機関					
番号	会員番号	氏 名	受診日	備 考	
1			令和 年 月 日		
2			令和 年 月 日		
3			令和 年 月 日		
4			令和 年 月 日		
5			令和 年 月 日		
6			令和 年 月 日		
7			令和 年 月 日		
8			令和 年 月 日		
9			令和 年 月 日		
10			令和 年 月 日		
11			令和 年 月 日		
12			令和 年 月 日		
13			令和 年 月 日		
14			令和 年 月 日		
15			令和 年 月 日		
16			令和 年 月 日		
17			令和 年 月 日		
18			令和 年 月 日		
19			令和 年 月 日		
20			令和 年 月 日		

* この様式は定期健康診断補助を事業所で申請する場合の別紙用紙です。