令和　　年　　月　　日

健康診断組合補助金申請書

事業所名称

事業主氏名

事業所記号

実施支店・営業所名		
所在地		TEL
実施年月日		令和　　年　　月　　日 ～　　年　　月　　日
実施健診機関	所在地	
	名称	
実施者数		人

実施者内訳			
種別	実施人数	補助金単価	金額
生活習慣病健診	人	円	円
一般定期健診	人	円	円
腫瘍マーカー検査	人	円	円
子宮がん検診	人	円	円
乳がん検診	人	円	円
再検査	人	円	円
支給額合計			円

＊太枠内は記入しないでください。

※事業所の振込先金融機関

金融機関名		銀行 信金 農協	支店名	支店
当・普	口座番号		口座名	ふりがな

※生活習慣病・一般定期健診ともに規定項目を受診してください。

※健診機関からの請求書・領収書・個人結果票（すべてコピー）＋質問票（40歳以上の生活・一般健診の受診者）を添付してください。

振込通知番号	第　　号