

FAX 不可

職場健康診断 受診料 助成申請書

(財)鹿児島市中小企業勤労者福祉サービスセンター理事長 殿

年 月 日

事業所番号					印
事業所名					
代表者名					

労働安全衛生法に基づき、当事業所従業員の職場健康診断を実施しましたので、受診料の助成について下記のとおり申請いたします。

記

実施予定日事前連絡日	年 月 日に連絡済み				
実施日	年 月 日～ 年 月 日				
健診機関					
受診者数 (会員)	1. 社会保険加入者で35歳未満(一般健診)		名		
	2. 社会保険加入者で35歳以上(生活習慣病予防健診)		名		
	3. 社会保険加入者で35歳以上(一般健診)		名	合計	名
申請額	補助金 1,000円 × 名 = 円				
正確にご記入 ください。	金融機関名	鹿児島銀行 その他の金融機関()		本支店名	本店 ()支店
	振込先	普通 当座 貯蓄	口座番号		
	口座名義	フリガナ	振込手数料		※
			振込金額		※

※記入しないでください。

必要添付書類 ・受診機関の領収書(振込による場合は、それを証する書類)
 ・受診者名簿(請求に名前が載っている場合は請求書に添付)

裏面に記入

[注] 1.金融機関名及び本・支店名の記載間違いの場合は、組み戻し手数料が必要となります。
 2.鹿児島銀行以外の金融機関への振り込みを希望される場合は、振り込み手数料を差し引いた金額を振り込みます。

----- 以下は記入しないでください。 -----

会費納入状況	年 月分まで納入済		担当者印	受付印
データ更新	年 月 日		担当者印	
事務局長	次長	主任	担当	
				決済日
				年 月 日
				払込日
				年 月 日

職場健康診断 受診者名簿

No.	会 員 番 号	氏 名	備 考
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

※会員番号が不明な場合は空欄のまま構いません。