

郵送またはご持参ください。 **FAX不可**

# 職場健康診断 受診料 助成申請書

公益財団法人 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

平成 年 月 日

事業所番号	.....	印
事業所名	TEL	
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をします。

記

実施日	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日				
検診機関					
受診者数 (会員)	合計 名				
申請額	助成額 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			

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（請求書に名前が載っている場合は請求書を添付） **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。

以下は記入しないでください。

会費納入 状況	平成 年 月分 まで納入済	担当者印	
------------	------------------	------	--

データ 更新	平成 年 月 日	担当者印	
-----------	----------	------	--

事務局長	主 任	担 当

受 付 印

H25-08

## 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。