

※郵送またはご持参ください。 **F A X 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

令和 年 月 日

事業所番号				
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	令和 年 月 日～令和 年 月 日										
検診機関											
受診者数	合計 名 (会員)										
申請額	助成額 1,000 円 × 名 = 円										
正確にご記入 ください。 振込先	金融機関名	1. 鹿児島銀行 2. その他の金融機関 ()						支店名	支店		
	口座の種類	普通・当座・貯蓄			口座番号						
	口座名義	フリガナ									

添付書類：職場健康診断受診証明書または、請求書か領収書(受診者数が記載されているもの)等の写し

[注]1. 初回の振込手数料はかかりません。ただし、記載間違いで振り込みができなかった場合の再振り込みについては、振込手数料がかかりますので、記載間違いにご注意ください。

2. ゆうちょ銀行は、通帳の見開きページ下に記載された漢数字3桁(七八八など)が支店名となります。

※裏面(2枚目)の「受診者名簿」もご記入ください。⇒

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
------------	-----------

事務局長	課長	担当

受付印

職場健康診断 受診者名簿

※会員番号・入会年月日が不明な場合は空欄のままで構いません。

	会員番号	会員氏名	入会年月日
1			H・R 年 月 1日
2			H・R 年 月 1日
3			H・R 年 月 1日
4			H・R 年 月 1日
5			H・R 年 月 1日
6			H・R 年 月 1日
7			H・R 年 月 1日
8			H・R 年 月 1日
9			H・R 年 月 1日
10			H・R 年 月 1日
11			H・R 年 月 1日
12			H・R 年 月 1日
13			H・R 年 月 1日
14			H・R 年 月 1日
15			H・R 年 月 1日