

同年月日	平成	年	月	日	常務理事	事務長	室長	部長	課長	扱者	
※支給決定決議書	支給額				千	円					
		健診種別	内訳				金額				
	1					円×	名			円	
	2					円×	名			円	
	3					円×	名			円	
	4					円×	名			円	
	5					円×	名			円	
合計										円	

※上記枠内は記入しないでください。

各種健診補助金支給申請書

種別	内訳	実施年月日	実施人数	健診料金の合計額
人間ドック			名	円
成人病健診		健診日を記入	人数を記入	健診料金の合計額を記入
主婦健診			名	円
健康診断		平成20年4月1日~5月10日	10名	78,000円
乳がん検診			名	円
子宮がん検診			名	円
特定健康診査			名	円
インフルエンザ		平成20年11月1日~12月31日	5名	25,000円
			名	円
			名	円
			名	円
総計			15名	103,000円

上記のとおり実施しましたので必要書類を添付して補助金の支給を申請します。

計機健康保険組合 行

全て記入してください

平成 年 月 日

事業所記号 421

事業所名称 計機健康保険組合

所在地 千代田区麹町1-8-5

(印)

※ 下記の欄に振込先口座（健保口）をご記入ください。

振込先	銀行	支店
フリガナ	信金	
口座名		
口座番号	普通	当座

受付印

社印を押してください