

同 年 月 日	平成	年	月	日	常務理事	事務長	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

		実 施 年 月 日	実施人数	健診料金の合計額
人 間 ド ッ ク			名	円
生 活 習 慣 病 健 診			名	円
婦 人 健 診			名	円
オプション	腫瘍マーカー検査		名	円
	ピロリ菌検査		名	円
健 康 診 断			名	円
脳 検 査			名	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			名	円
			名	円
総 計			名	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 殿

平成 年 月 日

事業所

記号 \_\_\_\_\_  
 名称 \_\_\_\_\_ 印  
 住所 \_\_\_\_\_

※下記の欄に振込先口座（健保口）を記入してください

※振込先口座	金融機関名	銀行 信金	支店
	フリガナ 名義		
	科目 普通 当座	番号	

受 付 印