

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

{	記 号	5000	番 号	_____
	氏 名	_____ (印)		
	住 所	_____		

※下記の欄に振込先口座を記入してください（任意継続加入時に指定された口座）

※ 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