

# 記入例

## 健康管理助成金交付申請書



令和 6 年 5 月 10 日

(一財)倉敷市勤労者福祉サービスセンター 理事長 様

健康管理助成金について、次のとおり交付申請します。  
 なお、助成金は下記口座へ振り込んでください。

請求代表者	事業所名	株式会社倉敷産業	事業所番号	1 2 3 4	請求金額  17,500 円 ( 2 名分)
	会員氏名	倉敷 太郎	倉敷印	倉敷 会員番号 0 0 0 1	
	住所	倉敷市稲荷町 5-38	電話 1 自宅 2 勤務先 (086) 434 - 8770		

※ 請求代表者は、申請者の中のいずれかの方になります。

会員番号	会員氏名	印	受診日・医療機関名	自己負担額	助成額*
1 2 3 4 0 0 0 1	倉敷 太郎	倉敷印	R6年 4 月 20 日 倉敷中央病院	15,000 円	7,500 円
1 2 3 4 0 0 0 2	児島 花子	児島印	R6年 5 月 8 日 倉敷中央病院	21,000 円	10,000 円
			年 月 日	円	円
			年 月 日	円	円
			年 月 日	円	円

助成金振込先	金融機関名	中国 銀行 倉敷 本店 支店	預金の種類	1 普通 2 当座
	口座番号	0 0 3 4 5 6 7	フリガナ クラシキ タロウ	口座名義人 倉敷 太郎

\*助成額計算式 = 自己負担額 (千円未満切捨て) ÷ 2 (令和6年度のみ) の計算式

注1) 人間ドックなどの検診と判明できる領収書を添付してください。(レシート不可)

注2) 助成は10,000円が限度額になります。

### ※ 会社一括支払いの場合の記載例

安衛法に定める健康診断ではありません。

株式会社 倉敷産業 代表取締役 倉敷 太郎 代表取締役印

事務局長	次 長	主 任	担 当	入 力

受 付 印

(複写してお使いください。)