

健康管理助成金交付申請書



令和 年 月 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	事業所番号	請求金額 円 (名分)
	会員氏名	会 員 番 号	
	住 所	電話 1 自宅 2 勤務先 () -	

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*
年 月 日	円	円			
年 月 日	円	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	銀 行 信用金庫	本店 支店	預金の種類	1 普通 2 当座
	口座番号	フリガナ	口座名義人		

*助成額計算式 = (自己負担額 (千円未満切捨て) - 8,000円) ÷ 2
 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。

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。)