

※令和6年度（R6.4.1～R7.3.31）に受診日がある場合はこちらの申請書を使用下さい。

健康管理助成金交付申請書

捨印 ▶

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	
	会員氏名	(印)	会 員 番 号		
	住 所	電話 1 自宅 2 勤務先 () - - -		円 _____ (名分)	

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) 2,000円以上 ÷ 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。

受 付 印				
事務局長	次 長	主 任	担 当	入 力

(複写してお使いください。)