

決裁年月日 令和 年 月 日

支給 決議書	支給額	円	内 訳	Aコース (35歳未満)	1,800 × =
				Bコース (35歳以上)	10,000 × =
				Cコース (35歳以上) ※胃検査なし	6,000 × =

申請処理年月日 令和 年 月 日

※以下の欄にご記入ください。

### 健康診断補助金支給申請書

実施年月日	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日		
事業所名	記号 (事業所番号) _____		
実施営業所名	支店・営業所		
実施医療機関名			
実施人員	名	費用総額	円

上記のとおり健康診断を実施しましたので、下記書類を全て添えて補助金の支給を申請します。

- 領収書 (原本)
- 健康診断結果票 (写し可)
- XML形式で作成したCD電子データ (40歳未満の方も含む。有料の場合は自己負担となります。)

〒

令和 年 月 日 住 所

事業所名

代表者名 \_\_\_\_\_

自動車振興会健康保険組合 理事長 様

振込先の銀行口座をご記入ください。

銀行コード _____		支店コード _____	
銀行 本店・		支店	
当 座 ・ 普 通			
口座番号	口座 名義	フリガナ	
		氏 名	

健保  
受付印