

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	フリガナ
	氏 名

健 保
受 付 印