

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	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、下記の書類を添えて補助金の支給を申請します。

領収書 (原本)

(各受診者の氏名・健診料金が未記入の場合は、それらが記載された請求書もしくは明細書を添付してください。)

個人結果票(写)

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	

個人結果表
確認・保管

健 保
受付印