

# 支 払 決 定 伺

支 給 額							円	常務理事	事務長	係

## 保健施設助成金支給申請書

(事業所用)

事業所名				保険証記号
健診項目	定期健診 ・ 日帰りドック ・ 生活習慣病健診 (該当に○をしてください)			
実施医療機関名				
健診年月日	平成	年	月	日
健診者数	定期健診 名	日帰りドック 名	生活習慣病健診 名	

上記のとおり助成金を請求します。

平成 年 月 日  
住 所  
事業所名 印

口座名義人			
銀行名		支店名	
預金口座番号	普通・当座 NO.		

領収証の写しと健診結果表の写しを添付してください。