

伺い日	令和	年	月	日	常務理事	事務長	部長	課長	扱者
支給 支払 決議書	支給額								
	支払内訳								

疾病予防健診補助金交付申請書

実施事業所名称は受診者が所属している工場・支店・営業所等まで記入してください。

別途連名簿のとおり健診を実施したので補助金の交付を申請いたします。

実施事業所 記号 ○○○○
 名称 ○○産業 株式会社 ○○支店
 所在地 ○○県○○市○○町○-○○-○

実施年月日 令和 ○○年 ○○月 ○○日 ~ 令和 ○○年 ○○月 ○○日

実施人員 ○○名

受診年月日を記入してください。

今回申請される人

医療機関名称 ○○病院
 医療機関所在地 〒○○○-○○○○ ○○県○○市○○町○-○○-○

注意: 申請は健診機関ごと、年度ごとに提出してください。

令和 ○○年 ○○月 ○○日

所在地は本社所在地を記入してください。

事業所名称 ○○産業 株式会社
 本社所在地 ○○県○○市○○町○-○○-○
 代表者氏名 健保 太郎

産業機械健康保険組合理事長 殿

※ 実施事業所名称欄には、工場、支店、営業所、出張所名まで記入してください。

疾病予防健診実施連名簿

受診者の分布を国に報告するため、40歳以上の方は必ずご記入してください。

記号	氏名		性別	区分	年齢	健診コース		健康保険組合記入欄	
〇〇〇〇	産業 太郎		男	本人	〇〇	生活	生活+婦人科	/	補助決定額
〇〇〇〇	産業 太郎		女	家族	〇〇	人間ドック	人間ドック+婦人科		
生年月日	S・H	年	月	日	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町 〇〇-〇〇-〇〇			
〇〇〇〇	産業 花子		男	本人	〇〇	生活	生活+婦人科	/	補助決定額
〇〇〇〇	産業 花子		女	家族	〇〇	人間ドック	人間ドック+婦人科		
生年月日	S・H	年	月	日	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町 〇〇-〇〇-〇〇			
〇〇〇〇	産業 太郎		男	本人		生活	生活+婦人科	/	補助決定額
〇〇〇〇	産業 太郎		女	家族		人間ドック	人間ドック+婦人科		
生年月日	S・H	年	月	日	住所	〒			
〇〇〇〇	産業 太郎		男	本人		生活	生活+婦人科	/	補助決定額
〇〇〇〇	産業 太郎		女	家族		人間ドック	人間ドック+婦人科		
生年月日	S・H	年	月	日	住所	〒			
〇〇〇〇	産業 太郎		男	本人		生活	生活+婦人科	/	補助決定額
〇〇〇〇	産業 太郎		女	家族		人間ドック	人間ドック+婦人科		
生年月日	S・H	年	月	日	住所	〒			
〇〇〇〇	産業 太郎		男	本人		生活	生活+婦人科	/	補助決定額
〇〇〇〇	産業 太郎		女	家族		人間ドック	人間ドック+婦人科		
生年月日	S・H	年	月	日	住所	〒			
〇〇〇〇	産業 太郎		男	本人		生活	生活+婦人科	/	補助決定額
〇〇〇〇	産業 太郎		女	家族		人間ドック	人間ドック+婦人科		
生年月日	S・H	年	月	日	住所	〒			
〇〇〇〇	産業 太郎		男	本人		生活	生活+婦人科	/	補助決定額
〇〇〇〇	産業 太郎		女	家族		人間ドック	人間ドック+婦人科		
生年月日	S・H	年	月	日	住所	〒			
〇〇〇〇	産業 太郎		男	本人		生活	生活+婦人科	/	補助決定額
〇〇〇〇	産業 太郎		女	家族		人間ドック	人間ドック+婦人科		
生年月日	S・H	年	月	日	住所	〒			
〇〇〇〇	産業 太郎		男	本人		生活	生活+婦人科	/	補助決定額
〇〇〇〇	産業 太郎		女	家族		人間ドック	人間ドック+婦人科		
生年月日	S・H	年	月	日	住所	〒			

※該当する項目に○印をつけてください。