

補助金支給申請書

金	108,000	円	生活習慣病予防健診A
			生活習慣病予防健診B
			婦人生活習慣病予防健診C
			特定健診
			人間ドック
			脳検査(脳ドック)
但し、令和			5年度
			10月分
			15名
			(40歳以上
			15名)

セメント商工健康保険組合 殿

令和 5年 12月 1日

「領収書(原本)」・「検査成績表(写し)」・「質問票(40歳以上の方)」を添えて申請いたします。

確認欄	事業所担当者の方の確認欄
<input checked="" type="checkbox"/>	補助金支給申請にかかる添付資料等について確認いたしました。 左の□に✓を入れてください。

事業所記号	1000
-------	------

所在地 東京都〇〇区△△1-1-1

事業所名称 〇〇〇〇株式会社

代表者 健保 花子

「健診を実施した支店・工場等の」

名称 〇〇〇〇株式会社 千葉支店

所在地 千葉県△△市□□1-1-1

※任意継続被保険者の方のみ記入してください。

振り込み先	銀行・金庫・組合	本・支店
	(預金口座種目：普通・当座)(口座番号：)	

※この欄は記入しないでください。

組 合 使 用 欄		=	円
		=	円
		=	円
		=	円
		合計	

[受付年月日]

※補助金の支払は、受領責任者あて振込みます。

※脳検査の補助対象者は40歳・45歳・50歳及び55歳以上の被保険者です。