

補助金支給申請書

<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	円	生活習慣病予防健診A 生活習慣病予防健診B 女性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 年度 月分 名 (40歳以上 名)		

セメント商工健康保険組合 殿

令和 年 月 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 style="width: 30px; height: 20px;" 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	
-------	--

所在地

事業所名称

代表者

「健診を実施した支店・工場等の」

名称

所在地

※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：)		
	氏名	カナ氏名	

※この欄は記入しないでください。

組		=	円
合		=	円
使		=	円
用		=	円
欄	合 計		円

┌───────────┐
[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。