

補助金支給申請書

	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 金 108,000 円 </div>	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 7 年度 4 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 7 年 6 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
<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <input checked="" type="checkbox"/> </div>	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：)	
	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。