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		記　　号
健診項目	日帰り　　生活習慣病 定期健診　・　ドック　・　健　診 （該当に○をしてください）	
実施医療機関名		
健診年月日	年　　月　　日	
健診者数	定期健診　　日帰りドック　　生活習慣病健診 名　　名　　名	

上記のとおり助成金を請求します。

令和　　年　　月　　日

住　　所

事業主名

口座名義人（ふりがな）			
銀　行　名		支店名	
預金口座番号	普通・当座　　NO.		

※領収証と健診結果表の写しを添付してください（ 結果表に問診がない場合は質問票添付 ）