（個人記入用）

健康管理補助金申請書

令和　　年　　月　　日

高槻市勤労者互助会会長　様

 会員番号

 事業所名

 会員住所

 会員氏名

 生年月日　　 　　年　　　月　　　日生（　　　歳）

　　健康診断等を受診したので、下記のとおり補助金を申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 種類 | **□ 人間ドック・脳ドック**※上限6,000円補助 |
| **□ 生活習慣病検診**※上限3,000円補助　（胃がん・大腸がん・乳がん・子宮がん検診など）　　　  |
| **□ 基本（一般）健康診査**※上限3,000円補助　（法に基づく事業主負担による基本診査は除く） |
| 受診機関名 |  |
| 受診日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| 受診料 | 　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　円 |
| 申請金額 | 　　　　　　　　　　　　　　　 　　 円 |

（注）・年度1回限り申請可能

・基本（一般）健康検診以外は、満３５歳以上の会員が対象

　 　 ・領収書を添えて申請してください

＜受取方法＞　□ 下記口座へ振込　 □ 窓口で受取（連絡先TEL：　　　　　　　　　）

|  |  |
| --- | --- |
| 銀行・金庫 | 支店 |
| 普 通・当 座 | 口座番号 |  | フリガナ |
| 口座名義 |