

# 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	<input type="checkbox"/> 人間ドック・脳ドック ※上限 6,000 円補助
	<input type="checkbox"/> 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)
	<input type="checkbox"/> 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