

## 健康診断受診助成金交付申請書 兼 領収書

|       |          |     |  |  |  |  |    |      |
|-------|----------|-----|--|--|--|--|----|------|
| 令和 年度 | 取扱者      | 取扱者 |  |  |  |  | 次長 | 事務局長 |
| 科目    | 福利厚生費    |     |  |  |  |  |    |      |
| 用途    | 健康診断受診助成 |     |  |  |  |  |    |      |

20 年 月 日

津山圏域勤労者互助会会長 殿

添付書類のとおり、健康診断を実施したこと及びその助成対象者であることを証明し、助成金の交付を申請します。

|           |  |  |  |  |              |  |
|-----------|--|--|--|--|--------------|--|
| 事業所<br>番号 |  |  |  |  | 事業所名         |  |
| 評議員<br>氏名 |  |  |  |  | 助成対象者<br>氏名※ |  |

※助成対象者が複数名いる場合は記入せず、対象者名簿を添付してください。

## ・請求金額

| 金額 | 百万 | 拾万 | 万 | 千 | 百 | 拾 | 円 |
|----|----|----|---|---|---|---|---|
|    |    |    |   |   |   |   |   |

## ・内 訳 (助成額は裏面をご確認ください)

1, 000円 × 対象者数 \_\_\_\_\_ 名 = \_\_\_\_\_ 円

2, 000円 × 対象者数 \_\_\_\_\_ 名 = \_\_\_\_\_ 円

3, 000円 × 対象者数 \_\_\_\_\_ 名 = \_\_\_\_\_ 円

津山圏域勤労者互助会 健康診断受診助成金を領収いたしました。

20 年 月 日

| 金額 | 百万 | 拾万 | 万 | 千 | 百 | 拾 | 円 |
|----|----|----|---|---|---|---|---|
|    |    |    |   |   |   |   |   |

事業所名  
\_\_\_\_\_評議員氏名  
\_\_\_\_\_ (印)

受付印

裏面に記載されている内容の領収書を添付してください。

記帳

# 領 収 書 添 付

## (注意事項)

| 共通  | 複数名分をまとめてご申請される場合   |
|---|---|
| <p>領収書に次の内容が記載されている事をご確認ください</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療機関名</li> <li>・ 受診者名</li> <li>・ 金額</li> <li>・ 受診内容</li> </ul> <p>『人間ドック』『(協会けんぽ)生活習慣病予防健診』『定期健康診断』『特定業務従事者の健康診断』などが明記されていること</p> | <p>お支払いの明細（領収書）内容と、助成対象者の受診内容が明らかになるようご準備ください。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 添付書類の不足を防ぎ、事務局で確認のためにお待ちいただくお時間を短縮できます。</li> <li>・ <u>事業所様で一括されて受診料をお支払いされている場合</u>、助成対象者との関連が確認できないため、助成対象者の受診内容を特定できる請求明細等をご添付いただくなどのご対応をお願いいたします。</li> </ul> |
| <p><b>※助成の対象となるのは、『生活習慣病予防健診』、『人間ドック』、『定期健康診断』、『特定業務従事者の健康診断』を受診している方です。不明点は事務局までお問い合わせください。</b></p>  |   |

### 領 収 証 (例)

|   |   |
|---|---|
| <p style="text-align: center; margin: 0;">受診者名</p> <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block; margin-bottom: 5px;">〇〇株式会社 互助会 太郎</div> <p style="margin: 0;">様</p>   | <p style="text-align: center; margin: 0;">No</p> <p style="text-align: center; margin: 0;">20××/1/31</p>  |
| <p style="text-align: center; margin: 0;">金額</p> <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block; margin-bottom: 5px;">金額 ¥12,345-</div>   | <p style="text-align: center; margin: 0;">受領印</p> <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; text-align: center; margin: 0;"> <p style="margin: 0;">領収印</p> <p style="margin: 0;">20××.1.31</p> <p style="margin: 0;">〇△病院</p> </div>   |
| <p style="text-align: center; margin: 0;">受診内容</p> <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block; margin-bottom: 5px;">但し 生活習慣予防検診料</div> <p style="margin: 0;">として</p> <p style="margin: 0; font-size: small;">上記金額正に領収いたしました (または) 人間ドック受診料 など</p> |   |
| <p style="margin: 0;">内 訳</p> <p style="margin: 0;">税別金額</p> <p style="margin: 0;">消費税額( %)</p>   | <p style="text-align: center; margin: 0;">医療機関名</p> <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block; margin-bottom: 5px;">〇△病院</div> <p style="margin: 0; font-size: small;">〒000-0000<br/>                 晦日県晦日市晦日町1-2-3<br/>                 000-000-0000<br/>                 000-000-0000</p> |

## (助成額)

|     |          |   |        |           |
|-----|----------|---|--------|-----------|
| 受診料 | 3,000円未満 | → | 実 費    | ※千円未満切り捨て |
|     | 3,000円以上 | → | 3,000円 |           |