

35歳未満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	35歳未満健康診断受診助成							

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、35歳未満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 番号					事業所名			
評議員 氏名					助成対象者 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 35歳未満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

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	
----	--

受 付 印

--

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
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 ・医療機関名 ・受診者名 ・金額 ・受診内容 『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	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 〈事業所様で一括して受診料をお支払いされている場合〉助成対象者個々の受診した内容及び金額が特定できる請求明細等をご添付ください
※助成の対象となるのは、35歳未満で前年度受診助成を受けていない、互助会事務局に事前に助成申し込みをしている方です。不明点は事務局までお問い合わせください。	

領 収 証 (例)

受診者名 〇〇株式会社 互助会 太郎 様	No 20××/1/31
金額 金額 ¥12,345-	受領印 領収印 20××.1.31 紙 入 〇△病院
受診内容 但し 生活習慣予防検診料 として	(または) 人間ドック受診料 など
内 訳 税別金額 消費税額 (%)	医療機関名 〇△病院 〒000-0000 海日県海日市海日町1-2-3 000-000-0000 000-000-0000

(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	