

# 健康診断補助金申請書

(一般健康診断追加検査)

年 月 日

一般社団法人  
稲城市中小企業勤労者福祉  
サービスセンター 理事長 殿

健康診断補助金について、領収書等を添えて申請します。

会員氏名 (No. )		電話番号	
事業所名 (No. )			
追加検査の項目を 記入してください。	例) 胃カメラ検査・大腸がん内視鏡検査		
受診年月日	医療機関名	補助金額	受領印
年 月 日		1,000円	Ⓜ

## 備 考

1. 対象は**会員のみ**です。
2. 一般健康診断時に追加検査として実施し、その自己負担額が3,000円以上の検査が対象です。尚、一般健康診断は、各会員の事業主が実施するものに限りです。
3. 申請は年1回です。
4. 領収書(原本)または追加検査を自己負担したことを証明できる書類等を添付してください。
5. Ⓜの欄はサインでもOKです。

※人間ドックを受診された方は、「人間ドック利用補助金申請書」で申請してください。

※振込手数料削減ため、**選択事業補助と同時に申請してください。**

局長	担当		
支払(振込日)	入力	受付	
	/		