

広島市中小企業勤労者共済事業 定期健康診断助成金申請書

平成 年 月 日

(公財)広島市文化財団 御中

◎太わくの中をご記入ください。

領収書返却希望 あり・なし

事業所	事業所番号	: : : :
	事業所所在地	〒 -
	事業所名	
	代表者	印

助成額: 35歳及び40歳以上 2,000円 / 40歳未満(ただし35歳を除く) 1,300円
申請回数: 年度内 1回(4月~3月) *請求期限は受診料支払日の翌月末までです。

受診医療機関名	
---------	--

申請者	NO	会員番号	会員氏名 (漢 字)	年齢 <small>(受診日現在)</small>	一般検診・定期健診の別 <small>(いずれかに○印)</small>	助成金額
		1	: : :		歳	一 般 : 定 期
	2	: : :		歳	一 般 : 定 期	円
	3	: : :		歳	一 般 : 定 期	円
	4	: : :		歳	一 般 : 定 期	円
	5	: : :		歳	一 般 : 定 期	円
	6	: : :		歳	一 般 : 定 期	円
	7	: : :		歳	一 般 : 定 期	円
	8	: : :		歳	一 般 : 定 期	円
	9	: : :		歳	一 般 : 定 期	円
	10	: : :		歳	一 般 : 定 期	円
助 成 金 額 合 計						

* この申請書には領収書を添付するか、または下記に受診医療機関の証明をお受けください。

《受診証明》

◎受診者氏名	ほか 名	◎証 明 者	
◎受 診 日		所在地	
◎医療機関の名称		名称	
		担当者	印

--	--	--	--

審査	入力	支払	通知