

# 定期健康診断・人間ドック 助成金申請書

(公財)新発田市勤労者福祉サービスセンター 理事長 様

令和 年 月 日

事業所の健康診断助成金を下記のとおり申請し、請求いたします。

請求金額							円
------	--	--	--	--	--	--	---

事業所番号	<input type="text"/>	「健康経営優良法人」に認定 または 「にいがた健康経営推進企業」に登録 している ・ していない
事業所名	<input type="text"/>	
事業主名	<input type="text"/>	

【助成金内訳】

受診日	令和 年 月 日 ~ 年 月 日		人数	請求金額	受診者の内訳は 受診者名簿のとおり
受診区分	助成額 (一人)		人数	請求金額	
	一般会員事業所	認定・登録事業所			
定期健康診断	1,000円	1,500円	名	円	
人間ドック	2,000円	3,000円	名	円	
合計			名	円	

【受診者名簿】

No.	受診会員名	会員番号						受診区分 いずれかに○	受診日	センター記入
1							健診 ドック	月 日		
2							健診 ドック	月 日		
3							健診 ドック	月 日		
4							健診 ドック	月 日		
5							健診 ドック	月 日		
6							健診 ドック	月 日		
7							健診 ドック	月 日		
8							健診 ドック	月 日		
9							健診 ドック	月 日		
10							健診 ドック	月 日		

<申請の際の添付書類>

- ① 健診機関が発行した事業所宛での請求書と受診者名のわかる受診明細書
- ※ 国の「健康経営優良法人」に認定または「にいがた健康経営推進企業」に登録済の事業所は「認定証」(写)  
「登録証」(写)も添付