

| | | |
|----|----|---|
| 会長 | 局長 | 係 |
| | | |

健康診断等受診料補助金交付申請書

(兼 交付決定・領収書)

年 月 日

三島田方勤労者福祉サービスセンター 会長 様

事業所番号

事業所名

下記のとおり補助金の交付を申請します。

記

金 円

1 受診(相談) 年 月 日 年 月 日 (~ 年 月 日)

2 医療機関等名称

3 受診者または
相談者名

| 会員番号 | 氏名 | 年齢 | 生年月日 | 受診料等 |
|------|----|----|------|------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

※書ききれない場合は、別紙 受診者名簿に記入してください。

上記の金額を領収しました。

年 月 日

事業所名
または受領者名



※市町等からの補助を受けた場合は対象外です。

- 申請期限は、**事由発生後3カ月以内**です。
ただし、発生年度内に申請できない場合は、4月中に申請してください。
- 健康診断・脳ドックは**35歳以上(受診日)**の会員が、**年度内に1回**申請できます。
また、遺伝子検査は**年齢に制限はなく**、会員が**1回限り**申請できます。
補助金額は、いずれも**自己負担額(2,000円以上)の3分の1以内**で、**5,000円を限度**とします。(100円未満切り捨て)
- 心理相談・メンタルヘルスは**年齢に制限はなく**、会員や会員の家族が**年度内に1回**申請できます。
その際、**事業所の証明印は必要ありません。**
補助金額は、相談に要した費用の**全額**で、**3,000円を限度**とします。(100円未満切り捨て)

<必要書類> ※必要書類が整わない場合は申請できません。
医療機関等が発行した**受診者または相談者氏名**が明記された領収書または証明するもの(コピー可)

(この申請書はコピーしてご利用ください。)