

# 健康管理補助金申請書

令和 年 月 日

高槻市勤労者互助会会長 様

会員番号 \_\_\_\_\_

事業所名 \_\_\_\_\_

会員住所 \_\_\_\_\_

会員氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生 ( \_\_\_\_\_ 歳)

健康診断等を受診したので、下記のとおり補助金を申請します。

## 記

|                |   |
|----------------|---|
| 種 類            | <input type="checkbox"/> 人間ドック・脳ドック<br>※上限 6,000 円補助                        |
|                | <input type="checkbox"/> 生活習慣病検診<br>※上限 3,000 円補助 (胃がん・大腸がん・乳がん・子宮がん検診など)   |
|                | <input type="checkbox"/> 基本(一般)健康診査<br>※上限 3,000 円補助 (法に基づく事業主負担による基本診査は除く) |
|                | <input type="checkbox"/> インフルエンザ予防接種<br>※上限 1,000 円補助                       |
| 受診機関名          |   |
| 受診日<br>(接種日)   | 令和 年 月 日  |
| 受診料<br>(予防接種料) | 円   |
| 申請金額           | 円   |

(注)・年度1回限り申請可能

- ・人間ドック・脳ドック・生活習慣病検診は、満35歳以上の会員が対象
- ・領収書等を添えて申請してください(インフルエンザ予防接種はその明記のあるもの)

<受取方法>  下記口座へ振込  窓口で受取(連絡先 TEL: \_\_\_\_\_)

| 銀行・金庫         |      | 支店   |
|---------------|------|------|
| 普通<br>・<br>当座 | 口座番号 | フリガナ |
|               |      | 口座名義 |