

健康増進事業助成金申請書 (様式1-1)

『 一般健診オプション検査 』

(利用ポイント25P)

下記の通り、助成金を申請します。

会員番号

0

0

1

-

年

月

日

事業所名

会員氏名

(公財)佐賀県産業振興機構

中小企業勤労者福祉サービスセンター 御中

TEL

申請金額

円

◎申請金額をご記入ください。未記入の場合はいったんご返却いたします。

振 込 依 頼 書 ※登録されている口座をご記入ください。

上記助成金の受領について、下記の登録口座に振り込んでください。

金融機関	銀行・信用金庫 信用組合・労働金庫 農協・漁協	支店(出張所)
口座の種類	普通	口座番号
フリガナ		
口座名義		

◎助成については、一般健診以外で各自が追加して受診する、オプション検査で自己負担されたものが対象となります。今一度確認をお願いいたします。

(勤務先ご担当者確認欄)

☐

事業所が確認しました。

(勤務先ご担当者様で☑をお願いします。☑の記入がない場合はいったんご返却いたします。)

※労働安全衛生法第66条において、一般健康診断は事業所の負担となります。上記の申請金額には事業所の助成はなく、申請者の自己負担によるオプション検査で間違いありません。

※受診後1ヶ月以内に申請してください。(当センター必着)

※領収書(会員本人名・コピー可・レシート不可)を添付してください。(直接貼らないでください)

※自己負担であることを確認するため、事業所担当者様より事業所確認欄に☑をもらってください。

※申請金額には、自己負担額が5,000円以上は5,000円、5,000円未満はその金額をご記入ください。

※以下サービスセンター使用欄

受付年月日		所 長	所 員	担 当