

健康診断補助金申請内訳書

(様式2)

＜補助金申請添付書類＞

事業所記号						事業所名					
No.	番号	氏名	性別	続柄	年度末 年齢	※種別	受診日	受診医療機関名または支払先	健診料金	支給決定金額 記入しないでください	
1			男・女	本・家	歳	特定・生活・若年	月 日		円	円	
2			男・女	本・家	歳	特定・生活・若年	月 日		円	円	
3			男・女	本・家	歳	特定・生活・若年	月 日		円	円	
4			男・女	本・家	歳	特定・生活・若年	月 日		円	円	
5			男・女	本・家	歳	特定・生活・若年	月 日		円	円	
6			男・女	本・家	歳	特定・生活・若年	月 日		円	円	
7			男・女	本・家	歳	特定・生活・若年	月 日		円	円	
8			男・女	本・家	歳	特定・生活・若年	月 日		円	円	
9			男・女	本・家	歳	特定・生活・若年	月 日		円	円	
10			男・女	本・家	歳	特定・生活・若年	月 日		円	円	
※特定 特定健診:上限20,000円(年度末年齢が40歳以上) ※生活 生活習慣病予防健診:上限20,000円 (年度末年齢が35歳から39歳まで) ※若年 若年層健診:上限5,000円(年度末年齢が35歳未満)							合計	特定 (40歳以上)	名	円	円
								生活 (35歳から39歳)	名	円	円
								若年 (35歳未満)	名	円	円
								健診費用 総額	名	円	円

東京織物健康保険組合 健康管理課
 TEL 03-3661-2257
 FAX 03-3666-9621