

# 定期健康診断(一般)助成金請求書

提出先 公益財団法人目黒区勤労者サービスセンター

申請日 令和 年 月 日

当事業所は、労働安全衛生法に基づき、定期健康診断を下記のとおり実施しましたので、受診費用の一部について助成金を請求します。

※黒枠の中をご記入ください。なお、チェックBOXには該当項目に☑を入れてください。

事業所番号	フリガナ	
0	事業所名	
フリガナ		事業所電話番号
事業主名(請求者)		
請求金額		円
内訳	@ 2,000 × 人 = 0 円	
	@ × 人 = 0 円	
	@ × 人 = 0 円	

振込先	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫	本店・支店	<input type="checkbox"/> 本店
金融機関名 該当するものに☑	<input type="checkbox"/> 信用組合 <input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 支店
	<input type="checkbox"/> ゆうちょ銀行	店番号(振込み用の三桁の数字)	
預金種目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄	口座番号(番号)※右詰めです	
フリガナ			
口座名義人			

※ゆうちょ銀行への振込みは、「振込み用の口座番号」をご記入ください。

※受診者については、別紙「定期健康診断受診者名簿」に記載して、添付してください。(※⑤)

この請求書の作成者氏名	この請求書に関する連絡先(e-mail可)

## ※受診者の注意事項

- ①助成金の支給対象者は、健康診断を受診した際に当センターの会員である事が条件です。
- ②受診者一人に対し、受診経費が2,000円未満の場合は、受診で支払った金額が、受診者一人に対しての助成額です。

## ※添付書類(領収書等)の注意事項

- ①領収書に「健康診断」や「健診」の記載がある事が条件です。
- ②領収書の宛名は事業所名である事が条件です。
- ③受診金額が請求金額以上である事が条件です。
- ④請求期限は、受診日から1年以内です。
- ⑤受診者名簿は、氏名・会員番号・受診日の記載があれば、事業所で作成のものを添付できます。

事務局長	受付者	整理番号	
		振込	年 月 日
		入力	年 月 日