

FAX 不可

年 月 日

健康管理事業助成金請求書

(公財) 東大阪市産業創造勤労者支援機構理事長 宛

下記の医療機関で健診等を受診いたしましたので領収書(写)を添え助成金を請求します。
 なお、事業主を代理人と定め助成金の受領を委任しますので事業所指定口座にお振込み下さい。

太枠内をご記入ください。

会員番号	—	会員氏名	Ⓜ	性別	男・女
生年月日	T・S・H 年 月 日	受診日年齢		満	歳

事業主証明

事業所名	代表者名	Ⓜ
------	------	---

医療機関名	
受診日	年 月 日
本人負担額	円

助成対象健診	対象年齢	本人負担額	助成額	該当欄に○
一般健康診断 生活習慣予防健診 人間ドック	35歳未満	金額にかかわらず一律	1,000円	
	35歳以上	5,000円未満	1,000円	
		5,000円以上 10,000円未満	3,000円	
		10,000円以上 20,000円未満	5,000円	
		20,000円以上	10,000円	
遠隔健診			1,000円	

- R2年4月1日以降に受診された分については申請期限が2年に変更になっております。
- 助成金を請求するときは必ず受診内容(人間ドックなど)が記載されたご本人名義の領収書(コピー可)を添付してください。事業所名義の領収書は受付不可です。裏面に糊で貼ってください。

受付印