

※備考欄（組合使用欄です。記入しないでください。）

（事業所申請用）  
助成金支給申請書

事業所申請  
記入例

記号	1830	事業所名	健保証券株式会社			
支店名	熱海支店		事業所の担当者 氏名・連絡先	総務人事部 健診 二郎	TEL: 〇〇-〇〇〇〇-××××	
医療機関の名称	すこやか医院					
医療機関の所在地・電話番号	静岡	都道府県 （ <u>県</u> ）	電話番号	×××-〇〇〇-××××		
申請項目	本人用	健康診査	単価 (消費税込の金額 をご記入ください)	受診人数		合計金額 (消費税込の金額 をご記入ください)
		上部消化管 (胃)検診	円	男	女	円
		婦人科検診	5,250 円	人	10人	52,500 円
	家族用	家族健診	円	人	人	円
		上部消化管 (胃)検診	円	人	人	円
		婦人科検診	円	—	人	円
	申請金額総合計					52,500 円

上記のとおり申請します。

〇年〇月〇日

事業所名称

健保証券株式会社

健康 太郎

東京証券業健康保険組合理事長 殿 申請者氏名 健康管理者

※申請者とは事業主・事業主代理人又は健康管理者です。

▼下記口座にお振込みしますので、正確にご記入ください

振込先 ※事業所名義の口座	金融機関名	〇〇 銀行	銀行コード	支店名	△△ 支店	支店コード
	種目	口座番号	(右づめで記入ください)	口座名義		
	1. 普通 2. 当座 3. 貯蓄		0 0 0 0			0 0 0
			0 0 0 0 0 0 0	ケンボショウケンカブシキガイシャ		

※代理人が助成金を受領する場合、代理人は原則、事業所担当者に限ります。

代理人に 助成金の受領を 委任するとき (委任欄)	この申請書の助成金受領については、下記の代理人に委任します。		
	年	月	日
	事業所 名称	申請者氏名	
	代理人 氏名	住所	

受付日

※お問合せ先 健康管理課  
TEL: 03-3666-8845