

※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: ○○-◇◇◇◇-××××		
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	静岡県	都 道 府 県	電話番号	×××-○○○-××××		
申 請 項 目	本人用	項 目	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)
				男	女	
		健 康 診 査	円	人	人	円
	家族用	上 部 消 化 管 (胃) 検 診	円	人	人	円
		婦 人 科 検 診	円	—	人	円
		家 族 健 診	10,500 円	人	6 人	63,000 円
		上 部 消 化 管 (胃) 検 診	円	人	人	円
		婦 人 科 検 診	5,250 円	—	6 人	31,500 円
		申 請 金 額 総 合 計				

上記のとおり申請します。

○ 年 ○ 月 ○ 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	
			0 0 0 0			0 0 0	
種 目	1. 普通	口座番号	(右づめで記入ください)				口座名義
	2. 当座 3. 貯蓄		0 0 0 0 0 0 0				
(銀行に登録してある名前をカタカナで、アルファベット登録の場合はアルファベットでお書き下さい) 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	住 所	
	氏 名	

受 付 日

※お問合せ先 健康管理課
TEL : 03-3666-8845