

定期健診第二次健診費  
補助金支給申請書

年 月 日

法令出版健康保險組合

理事長 殿

事業所名

代表者名

標記補助金を下記のとおり申請いたします。

記 号		番 号		受診者氏名	
--------	--	--------	--	-------	--

定期健診	1. 受 診 日	年      月      日
	2. 精検・再審査項目	
第 二 次 健 診	3. 受 診 日	年      月      日
	4. 受診機関名	
	5. 受 診 内 容	
	6. 受 診 結 果	
7. 補助額		<b>【健保組合記入欄】</b> <div> <div>&lt;費用総額&gt;</div> <div>&lt;補助額&gt;</div> </div> <div> <div>_____円</div> <div>×</div> <div>0.7</div> <div>=</div> <div>_____円</div> </div>

※領収書を添付のうえ、事業所庶務担当者へ提出してください。

※ 7. 補助額欄は、記入不要です。