

基本健診補助金交付申請書

基本 健 診

※34歳以下の被保険者が対象(受診年度内に35歳の誕生日を迎える方を除く)

基本 健 診 を 実 施 し た の で 補 助 金 申 請 を い た し ま す 。

実施年月日	申請人数	名
実施した事業所の 所 在 地	〒 -	
営 業 所 名		
責 任 者 名		
健 診 機 関 の 名 称		
所在地・電話番号		
年 月 日	事業所番号	
事 業 所 名		
事 業 主 名		
東京都電機健康保険組合 理事長 殿		

-----点線以下は、組合記入欄となります。-----

総 人 数	地 域 コ ー ド	整 理 番 号	受 付 印
@	÷ 円 × (上限9,000円)	名 = _____ 円	
@	÷ 円 × (上限9,000円)	名 = _____ 円	
@	÷ 円 × (上限9,000円)	名 = _____ 円	
合 計		円	

※この申請に係る個人データについては、補助金の支払い及び統計資料の作成、または健康教育や
保健指導などの疾病予防の効果につながる保健事業の実施以外の目的には使用いたしません。