

生活習慣病健診補助金交付申請書

生活習慣病

※35歳以上の被保険者が対象(受診年度内に35歳の誕生日を迎える方を含む)

生活習慣病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	
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 × 名 = _____ 円 (上限18,000円)		
@	≒	円 × 名 = _____ 円 (上限18,000円)		
@	≒	円 × 名 = _____ 円 (上限18,000円)		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">合計</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">円</td> </tr> </table>				合計
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。