

【40歳未満専用】

健康診査補助金支給申請書

別紙、受診者名簿のとおり健康診査を実施したので補助金を交付されたく申請いたします。

令和 年 月 日

事業所所在地

事業所名称

代表者氏名

神奈川県管工事業健康保険組合

理事長 原 宣 幸 殿

※単価のわかる請求書(写)、領収書(写)、個人ごとの検査結果表(写)を添付してください。

(事業所用)

健康診査受診者名簿

保険証記号

保険証 番号	氏 名	胃検査	受診日	保険証 番号	氏 名	胃検査	受診日

※同時に、胃内視鏡または胃レントゲンを受診した場合は「胃検査」欄に○を記入してください