

令和 年 月 日

鹿児島木材産業協同組合理事長殿

令和8年度定期健康診断助成金支給申請書

申請人	事業所所在地										
	事業所名称										
	代表者職・氏名	⑨									
	労働保険番号	都道府県	所轄	管轄	基 幹 番 号				枝番号		
	ご担当者名										
	連絡先電話番号										
	FAX番号										

当事業所の定期健康診断を下記のとおり実施いたしましたので、助成金支給を申請いたします。

記

実施年月日	健 診 機 関 名	受 診 者		性別	年齢	健診コース名	健 診 料 金	備 考
		職 名	氏 名					
計		()人				()円		

(注) 健診機関の発行する領収証(原本)を添付すること。

