平成　　年　　月　　日

鹿児島木材産業協同組合理事長殿

# 平成29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 | ㊞ |
| | 労働保険番号 | 都道府県 所掌 管轄 基幹番号 － 枝番号 |

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 職名 | 受診者 氏名 | 性別 | 年齢 | 健診コース名 | 健診料金 | 備考 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| 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。

| 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 | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | |