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					
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。