

※

交付決定	該当者数	交付額
	名	円

※

(様式2)

常務理事		事務長		課長		係長		係
------	--	-----	--	----	--	----	--	---

二次検診補助金交付申請書

健康診断 一次検診	実施年月日 令和 年 月 日	検診機関名											
健康診断 二次検診	実施年月日 令和 年 月 日	検診機関名											
証番号	二次検診該当者氏名	検診費用	※決定金額	備考									
		円	円										
計	名	円	円										
<p>上記のとおり二次検診費用の一部助成として、補助金の交付を申請します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 15%; padding: 5px;">保険証 記号</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20%;"></td> <td style="padding: 5px;">事業所所在地</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="padding: 5px;">事業所名称</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="padding: 5px;">事業主氏名 ⑩</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(電話 - -)</p> <p style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">新潟県農業団体健康保険組合 理事長 様</p>					保険証 記号		事業所所在地			事業所名称			事業主氏名 ⑩
保険証 記号		事業所所在地											
		事業所名称											
		事業主氏名 ⑩											

- (注) 1. 申請書には「料金明細書の㉔」、「領収書の㉔」、「定期健康診断(一次検診)の結果成績書の㉔」、「二次検診結果成績報告書」(所定様式3)又は健診機関が作成した「検診結果成績書の㉔」を添付してください。
2. 該当者が多いときは様式2の2号用紙をご利用ください。
3. 検診費用欄は消費税を含む各該当者の金額を記入してください。
4. ※印欄は記入しないでください。

※

交付決定	該当者数 名	交付額 円
------	-----------	----------

※

常務理事	係
------	---

検診日が複数日にわたる場合は該当者の検診日を漏れなく記入してください。
検診日ごとの申請書作成も可。

二次検診補助金交付申請書

健康診断 一次検診	実施年月日 平成 30 年 4 月 12, 19, 25 日	検診機関名 健康〇〇協会 〇〇センター
--------------	-----------------------------------	------------------------

健康診断 二次検診	実施年月日 令和 1 年 6, 7 月 24, 10 日	検診機関名 〇〇病院
--------------	---------------------------------	---------------

証番号	二次検診該当者氏名	検診費用	※決定金額	※
2	山野太郎	5,200 円		
11	高橋 康太	4,470		
16	小山 恵子	4,450		
計	3 名	14,120 円	円	

本店・支店別等、複数の医療機関で計画実施したとき、すべての医療機関名を記入してください。
(省略不可)

上記のとおり二次検診費用の一部助成として、補助金の交付を申請します。

令和 1 年 8 月 29 日

保険証 334	事業所所在地 新潟市中央区南横堀町〇〇—〇
事業所名称 新潟県農業団体〇〇組合	
氏名 代表理事組合長 〇の〇〇 印	
	(電話 025 - 222 - 3995)

個別にどのような検査を行い、料金がいくらだったのか確認するための書類です。
事業所請求額の明細として検診機関からの明示書類。

〇〇組合 理事長 様

- (注) 1. 申請書には「料金明細書の㊟」、「領収書の㊟」、「定期健康診断(一次検診)の結果成績書の㊟」、「二次検診結果成績報告書」(所定様式3)又は健診機関が作成した「検診結果成績書の㊟」を添付してください。
- 2. 該当者が多いときは様式2の2号用紙をご利用ください。
- 3. 検診費用欄は消費税を含む各該当者の金額を記入してください。
- 4. ※印欄は記入しないでください。

消費税を含む金額で1人当たりの上限設定がありますので、個別に消費税分も合わせた額で記入してください。