

様式 2

令和 8 年度 健康維持増進支援事業 健康診断受診者名簿

1. 事業所名 \_\_\_\_\_

所在地 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

2. 担当者氏名 \_\_\_\_\_

3. 受診者数 ( ) 名

4. 受診者氏名

NO	氏 名	受診日	受診料金
1		令和 年 月 日	円
2		令和 年 月 日	円
3		令和 年 月 日	円
4		令和 年 月 日	円
5		令和 年 月 日	円
6		令和 年 月 日	円
7		令和 年 月 日	円
8		令和 年 月 日	円
9		令和 年 月 日	円
10		令和 年 月 日	円
様式 1 の 1. 受診料金へ記載 (合計)			円

豊見城市商工会  
会長 上原 直彦 殿

所在地  
名称  
電話番号  
代表者氏名

印

令和 8 年度 健康維持増進支援事業助成金申請書

下記のとおり、受診いたしましたので助成金を申請します。

記

- 1. 受診料金 金 \_\_\_\_\_ 円 (医療機関への支払額)
- 2. 受診者数 \_\_\_\_\_ 名

助成額については、予算範囲内とし、一人当たり 2,400 円または一事業所当たり 10,000 円が上限となります。(申込者多数の場合は、予算の都合上助成額に変動がございますので予めご了承下さい。)

※添付書類

- ①様式 2「令和 8 年度 健康維持増進支援事業 健康診断受診者名簿」
- ②医療機関の領収書等写し (受診料を支払った証明になるもの)

※名簿に記載している受診者の受診料金を確認しますので、インターネットバンキング等でお振込の際は、請求明細書等のご提出も宜しくお願いいたします。

【振込先口座】

金融機関名 支店名	預金種類	口座番号	口座名義
_____ 銀行 _____ 支店	普通 当座		フリガナ -----

申請期日：令和 8 年 12 月 18 日 (金) まで