第１７号様式

**健康管理助成金請求書**

一般社団法人北海道民間社会福祉事業職員共済会 会長　様

本法人に所属する以下の被共済職員からの委託により、健康管理助成金を請求します。

尚、受診項目は、検査実施証明書（第１７号の２様式）の記載事実に相違ないことを証明します。

　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　 所属法人等

　　　　　　　　　　　　　　　　 代　表　者

　　　　　　　　　　　　　　　　（施設団体長）

１．被共済職員情報および事由発生年月日等

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被共済職員番号※右詰めで記入してください | 請 求 委 託 者(受 診 者 氏 名) | 受 診 日 | 健 診 料 | 請求種別 |
| Ａ | Ｂ | Ｃ |
|  |  |  |  |  |  |  |  | 年　　　月　　　日 |  | 円 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | 年　　　月　　　日 |  | 円 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | 年　　　月　　　日 |  | 円 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  年 月 日 |  | 円 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  年 月 日 |  | 円 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  年 月 日 |  | 円 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  年 月 日 |  | 円 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  年 月 日 |  | 円 |  |  |  |

※健診料（税込）に応じて助成額が３段階に区分されます。

　　　Ａ（10,000円以上20,000円未満）、Ｂ（20,000円以上30,000円未満）、Ｃ（30,000円以上）

２．請求施設団体　　※上記職員の所属施設団体をご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 会員番号 |  |  |  |  | 施設・団体名 |  |
| 施設番号 |  |  |
| 事務担当者氏名電話番号　　　　（　　　　　） | 共済会受付印 |
|  |
| 共済会使用欄 |