

2023 年度 健康診断費用補助金給付申請書



※申請書 A・B どちらも必要です

11/1(水) 3/11(月) 切厳守

申請日： 年 月 日	
W.Co 名：	
所在地：	
T E L： F A X：	
代表者名： 申請担当者名：	
W.Co メンバー総数	名 (うちアルバイト・パート 名)
共済加入者数	名 (うちアルバイト・パート 名)
健康診断補助金給付申請者	名
補助金合計額	円

補助金振込先 郵便局又は銀行欄に☑を入れてください。

<input type="checkbox"/> 郵便局	口座名義(カタカナ)	
	記号・番号	
<input type="checkbox"/> 銀行	銀行名	
	支店名	
	口座名義	
	口座番号	

確認欄 必ず下記各欄に☑を入れて、記入漏れ・提出書類忘れがないか確認ください。

- 申請担当者を決め、担当者は申請書 AB の記入内容をチェックしましたか
- 代表者が申請書 AB の記入内容をチェックしましたか
- 各申請者は W.Co 共済に加入していますか ※W.Co 共済加入者のみ補助の対象となります
- がん検診は部位を含めて記入 (乳がん検診・胃がん検診等) しましたか ※申請書 B
- 提出書類は A・B どちらも揃っていますか

(連合会事務局記入)

受付日：	対応者：	給付金額	給付日：

※別紙記入例を必ずご確認ください

2023 年度 健康診断費用補助金給付申請書

B

※申請書 A・B どちらも必要です

11/1(水) 3/11(月) 必切厳守

申請日： 年 月 日

W.Co 名：

申請担当者名：

以下のメンバーの健康診断補助金給付を申請します。

【検診 No.】①一般健診（歯科検診、眼科検診、胸部レントゲンを含む）

②乳がん、大腸がん、胃がん他（部位名を記入）検診 ③人間ドック ④脳ドック ⑤骨粗しょう症検診

※別紙記入例を必ずご確認ください

	申請者氏名	受診日	No.	健診（検診）名	自己負担額 （円）	補助金額 （円）
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						

補助金額合計：

円

※必要枚数をコピーしてお使いください。