

記入例

令和8年度定期健康診断料補助金交付申請書兼請求書

令和 9年 3月 31日

(あて先)川口市長

申請日の属する年度を記入

【訂正上の注意点】

印刷後に記入した内容を訂正する場合、訂正箇所には二重線を引き、代表者印(丸印)を押印してください。
修正ペン・修正テープ・砂消し等で訂正した書類は受けられません。

省略せずに記入

役職名を記入

債権者番号 0100123456
郵便番号 333-0000
所在地 埼玉県川口市青木2-1-1
事業所名 株式会社かわぐち
代表者名 代表取締役 川口 太郎
電話番号 048-000-1111

川口市中小企業勤労者定期健康診断料補助金交付要綱第4条の規定に基づく勤労者の定期健康診断を下記のとおり実施しましたので、同要綱第6条の規定に基づき申請し、請求します。

1	健康診断受診日	令和8年 2月 1日 ~ 令和9年 2月 10日		
2	健診機関	住所	川口市西新井宿180	
		機関名	川口市立医療センター	
3	資本金	1,000万円		
4	従業員数	常時使用する全従業員数 (※支店等を市外に有する場合、含める)	50人	
		上記のうち川口市内の事業所における従業員数 (※市外事業所を有する場合、市内事業所へ勤務する従業員数)	50人	
5	業種	①製造業(建設・鉱業・運送業を含む) ②卸売業 ③小売業 ④サービス業		
6	補助金請求金額	名簿の補助金額の合計 円	補助金請求金額 (正当額)	円
7	補助対象受診者数	名簿の受診者合計 人	補助対象受診者数 (正当額)	人
8	受診料総額	名簿の受診料合計 円	受診料総額 (正当額)	円

市記入欄のため
記入不要

※太枠内をご記入ください。補助金の振込みをもって市からの補助金の決定及び振込通知書は省略させていただきます。通帳には、「カワグチシ」と印字されますのでご確認ください。

定期健康診断受診者名簿

記入例

事業所名	株式会社かわぐち
健診機関名	川口市立医療センター

(1枚の内1枚目)

No.	補助対象者兼 受診者氏名	受診日	受診料 (円) (税込額)	補助金額
1	川口 花子	2026/4/15	5,800円	1,300円
2	青木 太郎	R8.2.1	1,000円	1,000円
3	武南 太郎	R9/2/10	15,000円	1,300円
4				
5	受診料は、定期健康診断（消費税込）のみ、ご記入下さい。 ガン検診、特殊検診等は対象となりませんので、受診料には 含めないで下さい。			
6				
7				

定期健康診断は下記が対象です。

※労働安全衛生規則第44条に基づく

1. 既往歴及び業務歴の調査
2. 自覚症状及び他覚症状の有無の検査
3. 身長、体重、視力及び聴力の検査
4. 胸部エックス線検査及び喀痰検査
5. 血圧の測定
6. 貧血検査
7. 肝機能検査
8. 血中脂質検査
9. 血糖検査
10. 尿検査
11. 心電図検査

- ◆ 健診機関が従業員によって異なる場合
 - ・ 様式第1号には主たる健診機関をご記入ください。
 - ・ 様式第2号から **健診機関ごと**にまとめてご記入ください。
- ◆ 補助金額について
 - ・ **補助対象外の方（社長・役員・雇入れ時健診）**は記載しないでください。

様式第1号の「8 受診料総額」・
 「6 補助金請求金額」へ記入

計	3人		21800円	3600円
---	----	--	--------	-------

※川口市内の事業所に従事している従業員が対象です。
 事業主及び役員、また雇入れ前の雇入れ時健康診断は対象となりません。