

様式1 別紙

令和4年度 受診検査一覧

会社名	
-----	--

★診療明細に「脳ドック」「心臓ドック」等の記載がないものは申請不可。
★添付書類はA4サイズに統一し、ホチキス綴じしないで下さい。

整理番号	装置車両の受診者名	区分	検査受診年月日	検査医療機関名	助成対象経費(円)	助成額(円)	雇用保険被保険者資格取得年月日
例	書き間違いに注意 愛知 太郎	受診した検査に○ 脳ドック・VSRAD 心臓ドック	当該検査を受診した日にちを記載 令和4年5月8日	検査医療機関名を記載 〇〇病院	請求書等にある検査の単価を記載 18,000	15,000	通知書に記載されている資格取得年月日を記載 令和4年4月1日
1		脳ドック・VSRAD 心臓ドック	令和 年 月 日				年 月 日
2		脳ドック・VSRAD 心臓ドック	令和 年 月 日				年 月 日
3		脳ドック・VSRAD 心臓ドック	令和 年 月 日				年 月 日
4		脳ドック・VSRAD 心臓ドック	令和 年 月 日				年 月 日
5		脳ドック・VSRAD 心臓ドック	令和 年 月 日				年 月 日
6		脳ドック・VSRAD 心臓ドック	令和 年 月 日				年 月 日
7		脳ドック・VSRAD 心臓ドック	令和 年 月 日				年 月 日
8		脳ドック・VSRAD 心臓ドック	令和 年 月 日				年 月 日
9		脳ドック・VSRAD 心臓ドック	令和 年 月 日				年 月 日
10		脳ドック・VSRAD 心臓ドック	令和 年 月 日				年 月 日
合 計						円	

※助成対象経費が助成金額を下回る場合、百円単位を切り捨てた金額の助成となります。(例)14,600円の場合→助成金額は14,000円