

様式第2号（第6条関係）

定期健康診断料（税込）のみ記入		定期健康診断受診者名簿		1円未満の端数は切り捨て	
事業者の名称		株式会社●●			
No.	従業員の氏名	受診年月日	定期健康診断料 ①	補助金の額 ①×0.3	
1	A●●●	令和●年9月10日	7,645円	2,293円	
2	B●●●	令和●年9月10日	7,645円	2,293円	
3	C●●●	令和●年9月10日	7,645円	2,293円	
4	D●●●	令和●年9月10日	7,645円	2,293円	
5	E●●●	令和●年9月10日	7,645円	2,293円	
6	F●●●	令和●年9月10日	7,645円	2,293円	
7	G●●●	令和●年9月10日	7,645円	2,293円	
8	H●●●	令和●年9月10日	7,645円	2,293円	
9	I●●●	令和●年9月10日	7,645円	2,293円	
10	J●●●	令和●年9月10日	7,645円	2,293円	
11	K●●●	令和●年9月10日	7,645円	2,293円	
12	L●●●	令和●年9月10日	7,645円	2,293円	
13	M●●●	令和●年9月10日	7,645円	2,293円	
14	N●●●	令和●年9月10日	7,645円	2,293円	
15	O●●●	令和●年9月13日	7,645円	2,293円	
16	P●●●	令和●年9月13日	7,645円	2,293円	
17	Q●●●	令和●年9月13日	7,645円	2,293円	
18	R●●●	令和●年9月13日	7,645円	2,293円	
19	S●●●	令和●年9月13日	7,645円	2,293円	
20	T●●●	令和●年9月13日	7,645円	2,293円	
21	U●●●	令和●年9月13日	7,645円	2,293円	
22	V●●●	令和●年9月13日	7,645円	2,293円	
23	W●●●	令和●年9月13日	7,645円	2,293円	
24	X●●●	令和●年9月13日	7,645円	2,293円	
25	Y●●●	令和(●+1)年9月9日	7,920円	2,376円	
26		年 月 日	円	円	
27		年 月 日		様式第1号の「補助金交付申請額」に記入	
28			円	様式第1号の「定期健康診断料」に記入	
29		年 月 日	円	円	
合 計			191,400円	57,408円	

- 備考
- 川越市内の事業所等に勤務している従業員（特定従業員）が対象です。事業主及び役員は対象外です。
 - 各従業員の「補助金の額」の計算に当たり、1円未満の端数があつたときは切り捨てて記載してください。また、計算の結果3,000円を超える場合は、3,000円と記載してください。
 - 定期健康診断の項目以外の項目を含めて検査を行った場合は、当該検査に係る金額を除いて記載してください。なお、雇入時の健康診断は、対象外です。