

専務理事	部長	課長	担当者

※ 年 月 日

※支給金額										円
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

上記のとおり支給してよろしいか伺います。

## 疾病予防補助金請求書

所 属	1.大阪 2.神戸 3.京都	健康保険の記号			
事業所名					
代表者(又は被保険者)氏名			事務担当者		
所在地(又は被保険者住所)	〒 _____ Tel ( ) _____				
項 目	実施人数	実施期間	※補助単価(円)	※人数(名)	※補助金額(円)
1 生活習慣病健診		年 月 日～ 年 月 日			
2 一般健康診査		年 月 日～ 年 月 日			
3 乳がん検診		年 月 日～ 年 月 日			
4 子宮がん検診		年 月 日～ 年 月 日			
5 大腸がん検診		年 月 日～ 年 月 日			
6 1人間ドック(日帰)		年 月 日～ 年 月 日			
6 2人間ドック(一泊)		年 月 日～ 年 月 日			
7 腹部超音波検査		年 月 日～ 年 月 日			
8 歯科予防健診		年 月 日～ 年 月 日			
9 前立腺がん検診		年 月 日～ 年 月 日			
10 肝炎ウイルス検診		年 月 日～ 年 月 日			
11 特定健康診査		年 月 日～ 年 月 日			
12 特定保健指導		年 月 日～ 年 月 日			
13 胃がん検診		年 月 日～ 年 月 日			
			※支給金額	円	

(注)請求明細書個人の健診年月日をすべて記入いただいている場合は実施期間の記入は省略いただけます。

委任状(☆)	この請求に基づく補助金の受領に関する権限を委任します。
	請求者の 氏名及び印 _____ ㊟ 受領者の { 所在地(住所) 事業所名 氏 名 _____ ㊟

受付印

☆代表者、または被保険者氏名と振込み先が異なる場合のみ、記入・捺印をお願いします。

振込先	銀行	銀行コード	種別・口座番号	普通当座	No.
	支店	支店コード	フリガナ 口座名義	[ _____ ]	

(注)振込先は事業所名義の口座をお願いします。個人請求の場合は、被保険者名義の口座をお願いします。

※は組合使用欄です。記入しないでください。

