

年度

健診費用助成金申請書

<領収証1枚に対し、申請書1件として提出してください>

健康保険 の記号																				
事業所名称						支店・ 営業所名	支店 営業所													
支店・営業所 住所	〒					担当者名														
助成金 申請金額	円		健診 年月	年 月～		年 月														
医療機関名	※特定健診医療機関コード																			

上記のとおり申請いたします。

年 月 日

事業所名称

所在地

代表者名

電話番号

担当者名

◎ご提出の際、ご確認ください。

- 1)健診費用助成金受診者名簿 2)事業所宛名の領収証(原本)
 3)健診料金の明細書 4)健診結果報告書(コピー)
 5)質問票(定期基本健診を受診した健診年齢40歳以上の方は必須)

※4)・5)は電子結果データ及び結果用紙(コピー)の両方をご提出ください。

※5)は医療機関の書式でも構いません。

※特定健診医療機関コードは、医療機関に直接お尋ねいただくか、健診結果報告書に記載されていれば、その10桁の数字をご記入ください。

※保険診療で受診した場合は助成金の対象外となります。

《 事業所の口座をご記入ください。 》

振込 受領 口座	金融機関名	銀行 信用金庫			支店	
	金融機関 コード	支店コード				
	口座番号	普通 ・ 当座	No.			
	フリガナ	-----				
	口座名義人					