

本件支給決定のうえ支払してよろしいか	常務理事	事務長	担当者	支給決定額

検診補助金・費用請求書 (事業主用)

受診者について記入	被保険者等の 記号・番号	記号	番号	受診者 氏名	
	生年月日	年 月 日			※生活習慣病健診 又は人間ドックを 受診された方につ いて、右記質問の 該当する項目に☑ をお願いします。
	受診年月日	年 月 日			
	受診機関名				
検診の種別 ※該当するものに ☑をしてください	<input type="checkbox"/> 人間ドック <input type="checkbox"/> 生活習慣病 (特定健診含む) <input type="checkbox"/> 胃癌 <input type="checkbox"/> 大腸癌 <input type="checkbox"/> 子宮癌 <input type="checkbox"/> 乳癌				
被保険者等の 記号・番号	記号	番号	受診者 氏名		
生年月日	年 月 日			※生活習慣病健診 又は人間ドックを 受診された方につ いて、右記質問の 該当する項目に☑ をお願いします。	
受診年月日	年 月 日				
受診機関名					
検診の種別 ※該当するものに ☑をしてください	<input type="checkbox"/> 人間ドック <input type="checkbox"/> 生活習慣病 (特定健診含む) <input type="checkbox"/> 胃癌 <input type="checkbox"/> 大腸癌 <input type="checkbox"/> 子宮癌 <input type="checkbox"/> 乳癌				
被保険者等の 記号・番号	記号	番号	受診者 氏名		
生年月日	年 月 日			※生活習慣病健診 又は人間ドックを 受診された方につ いて、右記質問の 該当する項目に☑ をお願いします。	
受診年月日	年 月 日				
受診機関名					
検診の種別 ※該当するものに ☑をしてください	<input type="checkbox"/> 人間ドック <input type="checkbox"/> 生活習慣病 (特定健診含む) <input type="checkbox"/> 胃癌 <input type="checkbox"/> 大腸癌 <input type="checkbox"/> 子宮癌 <input type="checkbox"/> 乳癌				
被保険者等の 記号・番号	記号	番号	受診者 氏名		
生年月日	年 月 日			※生活習慣病健診 又は人間ドックを 受診された方につ いて、右記質問の 該当する項目に☑ をお願いします。	
受診年月日	年 月 日				
受診機関名					
検診の種別 ※該当するものに ☑をしてください	<input type="checkbox"/> 人間ドック <input type="checkbox"/> 生活習慣病 (特定健診含む) <input type="checkbox"/> 胃癌 <input type="checkbox"/> 大腸癌 <input type="checkbox"/> 子宮癌 <input type="checkbox"/> 乳癌				
事業主の証明	上記のとおり検診を受けましたので、補助金・費用 を請求いたします。 (※検診結果通知書の写し、領収書を添付すること)				
	年 月 日				
振込先	金融機関名	(カナ) 銀行・労働金庫 本店 (漢字) 信用金庫 支店 信用組合・農協			
	預金の種類	1. 普通 2. 当座	口座名義人	(カナ) (漢字)	
処健 理保	検診機関への支払額		支払額計算式		
	円		円		