

令和

年度

## 健康管理補助金決定並支出伺

起案	年月日			決裁	年月日			
常務理事	事務長	室長	総務部長	室長代理	主任	担当者	出納簿	歳出簿
5. 款		1. 項		4. 目		決定金額		
保健事業費		保健事業費		疾病予防費		¥ 円		
※算出査定欄		請求額		受診者負担額		支給決定額		
		円		円		¥ 円		
算出基礎								

(健保組合記入欄)

健康管理補助金  
請求書

振込先			
銀行.....支店			
店番	口座番号(普通・当座)		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
フリガナ 名義人			
検査に要した 費用の額	¥ 円		
内 訳	項目(該当項目に○印をつけて下さい)	受検者名	喫煙の有無
	・ 人間ドック		有・無
	・ 胃検診		
	・ インフルエンザ予防接種	(裏面に記入してください)	
上記のとおり請求します。 年 月 日 なお、添付いたしました検査結果の提出につきましては受診者の同意を得ていることを申し添えます。			
記号 _____ 番号 _____ 事業所名 _____			
〒 _____			
請求者(被保険者) 住所 _____			
氏名 _____			
受付年月日	支払年月日	領収欄	
		¥ _____ 上記金額領収しました 令和 年 月 日 氏名 _____	

※振込先名義人には必ずフリガナをつけてください

※請求者は被保険者名を記入してください。※連名で請求する場合は裏面委任状を記入してください。

※ドック補助金を請求される方は裏面の喫煙の有無もご記入ください。

※検査結果、領収書ともに(コピー可)必ず添付してください。(インフルエンザについては検査結果不要)

検査結果には保険証記号番号を記入してください。

## インフルエンザ予防接種を受けた方

番 号	氏 名	本人 家族	接種日	番 号	氏 名	本人 家族	接種日
		本・家				本・家	
		本・家				本・家	
		本・家				本・家	
		本・家				本・家	
		本・家				本・家	

費用内訳

## 委 任 状

住 所 \_\_\_\_\_

この補助金の受領を  
振込先名義人 氏名 \_\_\_\_\_ に委任します。

### 委 任 者 氏 名

番 号	被保険者(受検者)名	喫煙の有無 (ドックのみ)	番 号	被保険者(受検者)名	喫煙の有無 (ドックのみ)
		有 ・ 無			有 ・ 無
		有 ・ 無			有 ・ 無
		有 ・ 無			有 ・ 無
		有 ・ 無			有 ・ 無
		有 ・ 無			有 ・ 無
		有 ・ 無			有 ・ 無
		有 ・ 無			有 ・ 無
		有 ・ 無			有 ・ 無
		有 ・ 無			有 ・ 無
		有 ・ 無			有 ・ 無

※「喫煙の有」とは、「今までに100本以上、または6ヶ月以上吸っている者」であり、最近1ヶ月間も吸っている者。