平成　　年度	定期健康診断・胃検診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）

定期健康診断・胃検診補助金 請求書

検査に要した費用の額	¥　　円
請求人数	名

振込先
……銀行……支店
店番　　口座番号（普通・当座）
フリガナ 名義人

※事業主名（被保険者名）と振込先名義人は同一にしてください
※振込先名義人には必ずフリガナをつけてください

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。

〒

所在地＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

記号＿＿＿＿　番号＿＿＿＿　事業所名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

事業主名（被保険者名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

受付年月日	支払年月日	領収欄
		¥＿＿＿＿＿＿ 上記金額領収しました 平成　年　月　日 氏名　　印

※検査結果(電子媒体・紙面）と受検者リスト（医療機関発行分で可)、領収書（コピー可）は必ず添付してください。検査結果と受検者リストには**保険証記号番号**と**喫煙の有無**を記入してください。
※胃検診の請求がある場合は別紙委任状を記入し、受検者氏名を記名押印してください。

定期健康診断補助金申請者名簿

番　号	被 保 険 者(受検者)名	現在の 喫煙の有無	番　号	被 保 険 者(受検者)名	現在の 喫煙の有無
		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			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。

胃　検　診　委　任　状

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

胃検診補助金の受領を

振込先名義人　氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞　　に委任します。

受　検　者　氏　名

番　号	被 保 険 者(受検者)名	㊞	番　号	被 保 険 者(受検者)名	㊞

※定期健康診断補助金請求と同時に胃検診の補助金を請求される場合は、上記委任状をご記入ください。
※保険証番号・被保険者(受検者)名を記名押印してください。