

平成

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

検査に要した 費用の額	¥ 円	振込先					
		銀行.....支店					
		店番	口座番号(普通・当座)				
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		フリガナ 名義人					

※振込先名義人には必ずフリガナをつけてください

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 _____ (印)

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 _____

※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。