（様式A）

令和7年度受診分

遠隔地健診補助金請求書

事業所記入欄

請求内訳書No.　　:（　　）～（　　）　　←添付する請求内訳書のNoをご記入ください

請求人数合計　　:（　　）名　　←本請求の合計人数をご記入ください

事業所情報	記　号	
	事業所名称	
	事業主氏名	
	事業所所在地	〒
	担当者名・連絡先	（フリガナ） 担当者名　　電話番号　　ー　　ー
	支給決定通知書送付先 ※所在地と異なる場合はご記入ください	〒
振込先口座情報 ※注意事項5	銀行名	銀行　　支店
	種　別	普通　・　当座　　←どちらかに〇をつけてください
	口座番号	No.
	口座名義 ※カタカナ	

〔提出期限〕

令和8年4月3日（金）

〔注意事項〕 ※提出する前に下記の事項を必ずご確認ください

1.事業所ごとに取りまとめてご請求ください。

2.受診当日に当健保組合の健康保険資格をお持ちであるかご確認ください。

3.振込先口座は、必ず事業主口座をご指定ください。

4.婦人科検査のみの請求はできません。

5.訂正箇所は二重線で抹消し、事業主印で訂正印を押印のうえ正しい内容をご記入ください。（修正液等は使用できません）

（本請求書及び請求内訳書に記載されました個人情報は、遠隔地健診補助の目的以外に使用いたしません。）

組合記入欄

受付年月日

支給決定額	円	
	内　訳	
	一般健診料　円	特定健康診査料　円

請求内訳書No　:　　～

支給決定人数　:　　名

（内訳:ド　名　生活　名　簡易　名
［再掲］特定健診　名　婦人科　名　文書料　名）

東京化粧品健康保険組合