

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			印
	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	— —
	支給決定通知書 送付先 <small>※所在地と異なる場合は ご記入ください</small>	〒	↓支給決定通知書を希望しない 場合は○をしてください。 希望しない	
振込先 口座情報 <small>※注意事項2</small>	銀行名	銀行	支店	
	種別	普通・当座	←どちらかに○をつけてください	
	口座番号	No.		
	口座名義 <small>※カタカナ</small>			

【注意事項】 ※提出する前に下記の事項を必ず確認してください

- 1.本請求の受付期間は、平成31年4月5日(金)17:00必着となります。
- 2.受診当日に、当健保組合の健康保険の資格を有しているかを確認してください。
- 3.婦人科検査のみの請求は出来ませんのでご了承ください。
- 4.請求手続きは、事業所ごとに取りまとめてご請求ください。
- 5.上記の振込先口座は、必ず事業主口座をご記入ください。
- 6.本請求書の記入の訂正については、事業主印を押印して訂正してください。※修正液等は使用不可

〔 本請求書及び請求内訳書に記載されました個人情報、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)

--	--	--	--