

遠隔地健診補助金請求内訳書(No.)

(様式B)

※太枠には、記入しないでください。

番号	氏名	生年月日	年齢	受診日	健診機関 名称 / 所在地	※組合記入欄 (以下は記入しないでください)	
						種別	算出内訳
		S・H		月 日	名称 都道府県 市区町村	人間ドック 生活習慣病 簡易	健診 特定 婦人科 文書 _____
		S・H		月 日	名称 都道府県 市区町村	人間ドック 生活習慣病 簡易	健診 特定 婦人科 文書 _____
		S・H		月 日	名称 都道府県 市区町村	人間ドック 生活習慣病 簡易	健診 特定 婦人科 文書 _____
		S・H		月 日	名称 都道府県 市区町村	人間ドック 生活習慣病 簡易	健診 特定 婦人科 文書 _____
		S・H		月 日	名称 都道府県 市区町村	人間ドック 生活習慣病 簡易	健診 特定 婦人科 文書 _____

※組合記入欄(以下は記入しないでください。)		
検印	一般健診料計	円
	特定健康診査料計	円
	補助金支給決定額計	円

上記の者について健診を実施しましたので、必要書類を添付のうえ補助金を請求します。

事業所名 _____

平成 年 月 日