

起案年月日	令和 年 月 日				常務理事	事務長		担当者
支給決定額								円
健診種別	1	人間ドック・一泊	30,000 円	備 考				
	2	人間ドック・半日	25,000 円					
	3	生活習慣病健診(3 5)	8,000 円					
	4	生活習慣病健診(若年)	5,000 円					

健診費用補助金請求書（事業所）

番号	受診者氏名	年齢	健診種別 (1~5)	受診医療機関名	受診年月日	備考
					年 月 日	
					年 月 日	
					年 月 日	
					年 月 日	
					年 月 日	
					年 月 日	
					年 月 日	
					年 月 日	
					年 月 日	

上記のとおり健診を受診しましたので補助金を請求します。

令和 年 月 日

事業所記号

事業所名称

事業主氏名 _____

大阪線材製品健康保険組合理事長 殿

振込先金融機関名		口座預金種別	口座番号
銀行	支店	・普通 ・その他 ・当座 ()	
預金口座名義人	(フリガナ)	受 付	

※太枠内のみ記入してください。

※健診名の記載された領収書（写）、健診結果（写）、特定健診問診票（写）を添付してください。

起案年月日	令和 年 月 日				常務理事	事務長		担当者
支給決定額				円				
健診種別	1	人間ドック・一泊	30,000 円	備 考				
	2	人間ドック・半日	25,000 円					
	3	生活習慣病健診(3 5)	8,000 円					
	4	生活習慣病健診(若年)	5,000 円					

健診費用補助金請求書（個人）

被保険者証 記号・番号	(記号)	(番号)	事業所名	
受診者名			生年月日	昭和 平成 年 月 日
健診機関名				
健診種別 (上記 1~5)		受診年月日	令和 年 月 日	受診
健診に要した費用の額	円			
<p>上記のとおり健診を受診しましたので補助金を請求します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">被 保 険 者 電 話 番 号</p> <p style="text-align: center;">氏 名 _____</p> <p style="text-align: center;">大阪線材製品健康保険組合理事長 殿</p>				
振込先金融機関名		口座預金種別		口座番号
銀行	支店	・普通 ・その他 ・当座 ()		_____
預金口座名義人	(フリガナ)			受 付

※太枠内のみ記入してください。

※健診名の記載された領収書（写）、健診結果（写）、特定健診問診票（写）を添付してください。