

常務理事	部長	課長	係長	係員	本件、決定してよろしいか
					令和 年 月 日
決定内訳				支給決定金額	
定期A	円	日帰り	円		
定期B	円	1泊	円		
生活	円	婦人科	円		

疾病予防補助金請求書

事業所記号	
事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	

種別	実施人数	種別	実施人数
定期健診A	人	人間ドック(一泊・日帰り)	人
定期健診B	人	婦人科健診	人
生活習慣病予防健診	人	合計	人

(振込先) ※事業所名義の口座をご記入ください。

銀行 (普通・当座)
信用金庫 本店
信用組合 支店 口座番号 _____

フリガナ ()
口座名義 _____

- ※ この請求書には、健診結果と領収書の写しを添付してください。
- ※ 健診結果には、健康保険証の番号を記入してください。
- ※ 40歳以上の方については、問診票も添付してください。
- ※ 複数名分の請求を一括して行う場合は、健診機関等からの請求明細書の写しを添付してください。

受付