

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		人間ドック(一泊・日帰り)	
定期健診B		婦人科健診	
生活習慣病予防健診		合計	0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、問診票、領収書の写しを添付してください。

※ 健診結果には、健康保険の記号・番号を記入してください。

※ 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