

遠隔地健診補助金交付申請書

(様式6号)

健診機関名	
-------	--

※該当項目に○印を付けて下さい。

健診種別	婦人科の有無		区分		実施年月日			一人当たり費用 (消費税含む)	人数	合計 (消費税含む)	
	有	無	本人	家族	自	年	月				日
特定健診 一般健診 生活習慣病予防健診 短期人間ドック	有	無	本人	家族	自	年	月	日	円	人	円
特定健診 一般健診 生活習慣病予防健診 短期人間ドック	有	無	本人	家族	自	年	月	日	円	人	円
特定健診 一般健診 生活習慣病予防健診 短期人間ドック	有	無	本人	家族	自	年	月	日	円	人	円
特定健診 一般健診 生活習慣病予防健診 短期人間ドック	有	無	本人	家族	自	年	月	日	円	人	円
特定健診 一般健診 生活習慣病予防健診 短期人間ドック	有	無	本人	家族	自	年	月	日	円	人	円
特定健診 一般健診 生活習慣病予防健診 短期人間ドック	有	無	本人	家族	自	年	月	日	円	人	円
特定健診 一般健診 生活習慣病予防健診 短期人間ドック	有	無	本人	家族	自	年	月	日	円	人	円
特定健診 一般健診 生活習慣病予防健診 短期人間ドック	有	無	本人	家族	自	年	月	日	円	人	円
特定健診 一般健診 生活習慣病予防健診 短期人間ドック	有	無	本人	家族	自	年	月	日	円	人	円
特定健診 一般健診 生活習慣病予防健診 短期人間ドック	有	無	本人	家族	自	年	月	日	円	人	円
合計										円	

上記のとおり健康診断を実施しましたので、健康診断費用の交付申請をいたします。

令和 年 月 日

測量地質健康保険組合理事長 殿

※ご提出前にご確認ください。

添付書類は以下の通りです。
 領収書(原本) 健診結果(写し可) 質問票(40歳以上) 請求明細書(領収書宛名が受診者名以外の場合。または、複数名受診者がいる場合等。)
 上記書類をまとめてご申請ください。
 なお、補助対象外項目を受診されている場合には補助対象外項目の費用内訳について、40歳以上の配偶者の方の受診された場合には特定健診費用の内訳を、領収書または明細書に記載してもらって下さい。【例】生活習慣病予防健診代 21,000円(内訳:特定健診項目部分5,350円)等。

【補助金振込先】

振込金融機関	支店名	口座番号	口座名義
銀行・信金	本店・支店	普通・当座 No.	〈フリガナ〉

※振込口座は事業所名義口座に限ります。

【申請者】

記号		事業所名	
所在地	〒 -		
電話番号	()		
担当者名			