

何 平成 年 月 日

受付印

支払印

確認印

# 健康保険組合記入欄

記入例

支給金額	円
受診者数	人

上記枠内は記入しないでください。

1

## 生活習慣病予防健診補助金請求書

下記のとおり当事業所の被保険者が生活習慣病予防健診を受診したので、補助金 10,400 円を請求します。  
兵庫県運輸業健康保険組合 様

平成 25年 5 月 1 日

所在地 神戸市中央区 町××

事業所 名称 株式会社  
事業主名 代表取締役

代表者印

被保険者証記号番号	受診者氏名	受診機関の名称	受診年月日	健診費用総額 (消費税込み)	補助金請求額	XMLデータ 提供料	請求金額 +
1111 2222	運輸 太郎	病院	25年4月1日	10,000 円	5,000 円	200 円	5,200 円
1111 3333	健保 次郎	病院	25年4月1日	10,000 円	5,000 円	200 円	5,200 円
			年 月 日				
			年 月 日				
			年 月 日				
			年 月 日				
			年 月 日				

受診者数	2 人	請求合計金額 +	10,400 円
補助金請求額合計	10,000 円		
XMLデータ提供料合計	400 円		

銀行名、支店名、預金種別、口座番号、口座名義人、口座名義人フリガナは正確にご記入ください。

振込希望銀行	預金種別	口座名義人
銀行 金庫 ××× 支店 農協	1.普通 2.当座 3.貯蓄 口座番号 1 1 1 1 1 1 1	(フリガナ) カ) 株式会社

### 請求に関する注意事項

申請対象者 受診日が年度中(当年4月1日～翌年3月31日)に40歳から74歳となる被保険者  
健診結果はXMLデータで提供していただくようご協力をお願いします。  
XMLデータ料金が発生する場合は、補助金請求額と合わせて請求してください。

補助金の額 被保険者1人、5,000円を限度として年1回補助します。

添付書類 医療機関の請求書、領収証(保険診療のもの是对象外となります。)のコピー及び検査結果(コピー又はXMLデータ)を必ず添付してください。(個人情報厳守) 記入欄が足りない場合は、続紙を使用してください。

補助金請求先 〒650-0025 神戸市中央区相生町4丁目6番4号 兵庫県運輸業健康保険組合 宛  
TEL(078)341-4801