

同 平成 年 月 日	受付印	支払印
確認印		記入例
健康保険組合記入欄		
支給金額 円		

上記枠内は記入しないでください。

生活習慣病予防健診補助金請求書

下記のとおり生活習慣病予防健診を受診したので、補助金 3,200 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

被保険者証 の記号番号	1111 2222	被保険者の 氏名	フリガナ ウニコ タロウ 運輸 太郎	生年月日	昭和 50 年 1 月 1 日 平成
被保険者 の現住所	〒 - ×××× 神戸市中央区 町×××		TEL () - ×××		
事業所名	株式会社				
受診者	氏名	運輸 花子	生年月日	昭和 55 年 1 月 1 日	続柄 妻
	医療機関 名称	病院			
	健診日	平成 25 年 4 月 1 日	健診費用総額	5,000 円(消費税込)	
	補助金 請求額	3,000 円	XMLデータ 提供料 200 円	請求合計金額 +	3,200 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	(フリガナ) ウニコ タロウ
	口座番号	運輸 太郎
	1 1 1 1 1 1 1	

委任状	この補助金の受領方を	(住所) (氏名)	に委任する。
	平成 年 月 日		被保険者

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**となる被保険者及び被扶養者
健診結果はXMLデータで提供していただくようご協力お願いします。
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 **被保険者は5,000円、被扶養者は3,000円を限度**として年1回補助します。
- 添付書類 医療機関の領収証(保険診療のものは対象外となります。)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。(個人情報厳守します。)
- 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