

伺 平成 年 月 日

受付印	支払印

確認印

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 _____ 円を請求します。

兵庫県運輸業健康保険組合 様

平成 年 月 日

被保険者証 の記号番号		被保険者の 氏名	フリガナ	生年月日	昭和 平成	年	月	日
被保険者 の現住所	〒 - TEL () -							
事業所名								
受診者	氏名		生年月日	昭和	年	月	日	続柄
	医療機関	名称						
	健診日	平成	年	月	日	健診費用総額	円(消費税込)	
	補助金請求額	円	XMLデータ 提供料	円	請求合計金額 +	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 農協	1.普通 2.当座 3.貯蓄 (フリガナ)	
支店	口座番号	

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