

伺	
確認印	
支給金額	円

受付印	支払印
-----	-----

※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

令和 年 月 日

被保険者証 の記号番号		被保険者 氏名	フリガナ	生年月日		
				昭和 平成 令和	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 平成 令和	年 月 日	続柄
	医療機関	名称				
	健診日	令和 年 月 日	健診費用総額	円(消費税込)		
	補助金請求額 ①	円	XMLデータ 提供料②	円	請求合計金額 ①+②	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。また、振込手数料削減のため、振込先をできるだけ「三井住友銀行」に指定していただければ幸いです。

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。
	令和 年 月 日	被保険者氏名

★ 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**35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 **1人につき健診費用総額【消費税込み】の半額(ただし、上限3,000円)**を年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。(個人情報は厳守します。)
- 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