

同 平成 年 月 日		受付印	支払印
健康保険組合記入欄			記入例
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 3,000 円を請求します。

兵庫県運輸業健康保険組合 様

令和 2 年 6 月 1 日

被保険者証 の記号番号	1111 2222	被保険者 氏名	フリガナ ウニコ タロウ 運 輸 太 郎	生年月日	昭和 平成 令和 50年 1月 1日	
被保険者 の現住所	〒 - ×××× 神戸市中央区 町×××					
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	令和 3 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	0 円	請求合計金額 +	3,000 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 ××× 支店	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 1	

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。
- 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