

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。

循環器（動脈硬化）検診補助金請求書

下記のとおり循環器（動脈硬化）検診を受診したので、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		被保険者の 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 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)		
	検査種別 (※該当する項目に○ を記入ください)	<input type="radio"/> 頸動脈エコー検査 <input type="radio"/> 心臓超音波検査 <input type="radio"/> 血圧脈波検査 <input type="radio"/> BNP検査 <input type="radio"/> ホルター心電図検査		補助金請求額	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。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62歳から63歳となる被保険者及び被扶養者
- 補助金の額 年1回費用の全額を補助します。
- 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)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