

【ご注意！！】

こちらの補助金請求書は、年度末現在で、62歳及び63歳の方を対象とした補助金になります。
上記年齢以外の方は、循環器検査を実施した場合、全額自己負担となりますので、ご注意ください。

文箱金額

円

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

記入例

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 4,730 円を請求します。

兵庫県運輸業健康保険組合 様

令和 2 年 8 月 7 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 健 夫	生年月日	昭和 33 年 1 月 7 日	続柄	父
	医療機関 名 称	病院				
	健 診 日	令和 2 年 7 月 25 日	健診費用総額	4,730 円(消費税込)		
	検査種別 (該当する項目に○ を記入ください)	<input checked="" 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	4,730 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 口 座 番 号 1 1 1 1 1 1 1	(フリガナ) ウニコ タロウ 運 輸 太 郎
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(保険診療のもの是对象外となります。)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