

極秘

指

# 特定保健指導補助料請求書

令和5年度

神奈川県医療従事者健康保険組合 御中

年 月 日

事業所の記号	
事業所の名称	
事業所所在地	
事業主の氏名	
電話番号	

要綱に基づき請求します。

支援内容		一人当たり単価	実施人員	金額
終了者	動機付け支援	15,000 円	名	円
	積極的支援	30,000 円	名	円
※喪失資格者	動機付け支援		名	円
	積極的支援		名	円
※最終面接のみ未実施の方がいる場合は人数を記入してください			請求金額合計	円
			※決定欄	円

●他家健診の場合で、この請求にかかる補助料の受領を健診機関等に委任するときのみ記入してください。

## 委任状

補助料の受領については、(健診機関) \_\_\_\_\_ (印)  
に委任致します。

事業所の名称 \_\_\_\_\_  
委任者 \_\_\_\_\_ (印)  
事業主の氏名 \_\_\_\_\_

振込先金融機関	金融機関コード		本店番号		預金種別	口座番号							
	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 組合		<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	フリガナ 預金口座 名義人							

受付日付印