

極秘

指

特定保健指導補助料請求書

2019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	⑩
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
資格喪失者	動機付け支援	円	名	円
	積極的支援	※ 円	名	円
		※ 円	名	円
※ 円		名	円	
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) _____ ⑩
に委任致します。

事業所の名称 _____
委任者 _____ ⑩
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

