

極秘

特

特定健康診査補助料請求書

令和2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	印
電話番号	

要綱に基づき請求します。

	年齢	健診項目	一人当たり単価	実施人員	金額	
被保険者	40歳以上	①基本的な健診項目	10,000円	名	円	
		②情報提供料	5,000円	名	円	
	39歳以下	情報提供料	5,000円	名	円	
被扶養	40歳以上	特定健診	10,000円	名	円	
①と②はどちらか一方の請求となります。					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。															
委任者 事業所の名称 _____ 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