

極秘

特

特定健康診査補助料請求書

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
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。

Table with columns: 年齢, 健診項目, 一人当たり単価, 実施人員, 金額. Rows include 被保険者 (40歳以上, 39歳以下) and 被扶養 (40歳以上).

●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) に委任致します。
委任者: 事業所の名称, 事業主の氏名
振込先金融機関: 金融機関コード, 本店/支店, 預金種別, 口座番号

受付日付印