

極秘

(事業所用)

骨

(様式1)

骨粗しょう症検査補助料請求書

令和8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	

要綱に基づき請求いたします。

一人当たり単価	実施人員	請求金額合計
被保険者(※)	上限3,000円	名 円
被扶養者(※)	上限3,000円	名 円
(※)当該年度に50歳・55歳・60歳・65歳・70歳になる女性加入者様が請求対象です。		
金額決定欄	名	円

●他家接種の場合で、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 _____ ⑩ 委任者 _____ 事業主の氏名 _____												
振込先金融機関	金融機関コード				本支店番号				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