

特定保健指導補助料請求書

平成 年度

神奈川県医療従事者健康保険組合 御中

平成 年3月 15日提出

事業所の記号 2312

事業所の名称 健康病院

事業所所在地 横浜市中区尾上町〇〇-〇〇

事業主の氏名 健康 太郎

電話番号 045 (000) 0000

健康病院

印

要綱に基づき請求いたします。

※太線の枠内のみ記入し、決定欄には記入しないでください。

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	7,350 円	1 名	7.350 円
	積極的支援	21,300 円	名	円
資格喪失者	動機付け支援	5,880 円	名	円
	積極的支援	※ 円	名	円
		※ 円	名	円
		※ 円	名	円
請求金額合計				7.350 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

補助料の受領に委任致します。実施人員と金額を必ず記入

してください。

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