



特定健康診査補助料請求書

平成〇年度

神奈川県医療従事者健康保険組合 御中

平成 〇年 6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 病健院康
事業主の氏名	健康 太郎 (印)
電話番号	045 (000) 0000

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。

健診項目	一人当たり単価	実施人員	金額
基本的な健診項目(※)	7,550円	名	円
情報提供料(※)	2,000円	3 名	6.000 円
※どちらか一方の請求となります。		請求金額合計	6.000 円
定期健康診断とは別に特定健康診査として「基本的な項目」を実施された場合は、7,550円の補助となります。		名	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。											
事業所の名称 (印) 委任者 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					

定期健康診断時に特定健康診査項目を含め実施し、その結果を提出される場合は「情報提供料」として2,000円の補助となります

受付日付印