疾 病 予 防 補 助 金 請 求 書

健診費用の補助金を下記のとおり請求いたします。

令和　4　年　10　月　1　日

◎記入方法　・事業所口座振込の場合・・・所在地→事業所住所、請求者名→事業主名 ・個人口座振込の場合　・・・所在地→自宅住所　、請求者名→被保険者名

事 業 所 名（任意継続の方は記入不要）　健康商店　株式会社

所　在　地　〒　136　－　0000　東京都江東区新木場〇－〇－〇

請 求 者 名（自署の場合押印省略可）　健保　太郎　㊞

日 中 連 絡 先　03　（　1234　）　5678　担当者名（※事業所口座振込の場合は記入）

被保険者等の記号番号	健　診　者　名	健　診　種　別
4000　－　〇〇	健保　太郎	定健・生活習慣病・ドック・オプション
4000　－　〇〇	健保　花子	定健・生活習慣病・ドック・オプション
－		定健・生活習慣病・ドック・オプション
－		定健・生活習慣病・ドック・オプション
－		定健・生活習慣病・ドック・オプション
－		定健・生活習慣病・ドック・オプション
－		定健・生活習慣病・ドック・オプション

添付書類（写し可）	領 収 書　2　通	健診結果表　2　通	質 問 票　2　通
支払金額（領収書の金額）	86,400　円	組合補助金額※組合記入欄	円

振込先金融機関	銀行コード				〇〇　銀行　信用金庫	店番号			〇〇　本店　支店
	1	2	3	4		1	2	3	
	預金種別				口　座　番　号				口座名義人※被保険者又は事業主のもの（カタカナで記入）
	普通　当座				1 2 3 4 5 6 7				ケンポ　タロウ

＊　補助金のお支払いは、毎月末日締め、翌月末日支払になります。支払日について確認が必要な場合は、総務課までお問い合わせください。

※健診補助金請求書の個人情報は、健診資格の確認に使用します。

※この補助金請求書をいただいた方は、当組合が健診結果をもとに事業所と連携し、特定保健指導等の保健事業に利用することについて同意したものとさせていただきます。

東京都木材産業健康保険組合
〒136－0082　東京都江東区新木場1-18-6
新木場センタービル
TEL　０３－５５３４－６３１１