令和　　年　　月　　日				決定金額	円
常務理事	事務長	課長	係	備考	34歳以下 @ 5,120 ＊　人　円 35～39歳 @ 7,635 ＊　人　円 40歳以上 @ 7,635 ＊　人　円

一般健診
生活習慣病健診
特定健診　補助金請求書

下記のとおり 一般健診／生活習慣病健診／特定健診 補助金を請求いたします。

令和　　年　　月　　日

□□□-□□□□

事業主（被保険者）
所在地
（住所）
事業所名
事業主名
（氏名）

神戸貿易健康保険組合理事長　様

健保記号	

※年齢（年度末現在）順に記入してください。
※受診者記入においては別添2号用紙でも代用可能です。

健保番号	被保険者氏名	生年月日	年齢	健保番号	被保険者氏名	生年月日	年齢
		昭 平				昭 平	
		昭 平				昭 平	
		昭 平				昭 平	
		昭 平				昭 平	
		昭 平				昭 平	

種別	1. 一般健診　名	2. 生活習慣病健診　名	3. 特定健診　名

健診年月日	第1次	令和　年　月　日	第2次	令和　年　月　日

健診を受けた病院等	所在地		健診に要した費用	合計　円
	名称			

振込希望銀行	銀行　支店		預金種別	普通・当座
			フリガナ	
	口座番号		口座名義	

（注）領収書及び健診結果（特定健診質問票含む）の写しを必ず添付してください。