

支払決定年月日		令和 年 月 日		支給金額計算欄				
常務理事	事務長	課長	係	ドック	名	×	円 =	円
				ドック	名	×	円 =	円
				オプション				
				脳	名	×	円 =	円
				CT	名		円	円
				支給決定額				

人間ドック利用補助金請求書(事業所申請用)

下記のとおり申請いたします。

令和 年 月 日

□□□ - □□□□

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名

神戸貿易健康保険組合理事長様

事業所記号	受診年月日	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで			
健診を実施 した病院等	所在地				
	名称				
受診者名 ・5名以上の場合は受診者リストを添付 (3号用紙・もしくは同様事項記載のリストを添付ください)	被保険者番号	受診者氏名	年齢	区分	人間ドックに要した費用
				一泊・日帰り (脳ドック・CT検査)	
				一泊・日帰り (脳ドック・CT検査)	
				一泊・日帰り (脳ドック・CT検査)	
健診に要した費用	合計				円

委任状	委任事項	この補助金の受領方を 住所 氏名 に委任します。			
		令和 年 月 日 事業主氏名			

振込希望銀行	銀行		支店	預金種別	普通 ・ 当座
	口座番号			フリガナ	
				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、受診者リストを必ず添付してください。