

本件交付決定してよろしいか

受付印

常務理事	担 当	起 案	平成 年 月 日	
		決 裁	平成 年 月 日	
交 付 決 定 内 容			交 付 決 定 金 額	
<交付金額内訳> <基準単価> 6,300円 以内 ※交付対象額から一部負担金を差引いた金額をもって算定します			¥ _____	

### 平成 年度 一般健診料交付申請書

平成 年 月 日申請

婦人科検診の交付申請を [ 含む ・ 含まない ] ←どちらかに○をしてください		
事業所記号	(保険証番号)	事業所名(個人で申請する場合は申請者氏名・印) <span style="float:right">④</span>
事業所所在地 または 申請者住所	〒 _____ TEL( ) - _____	
実施機関名		
実施年月	平成 年 月 ~ 平成 年 月	
実施人数	計 _____ 人 (名簿を添付のこと)	
交付申請額	円 _____	
(備 考)		
振込希望銀行名 (申請者の口座名義)	銀行 支店	
	[ 当 座 ] [ 普 通 ] [ 総 合 ] ↑○をしてください	・口座番号 _____ ・口座名義 _____

#### <添付書類>

受診者名簿及び受診項目一覧表 ・ 特定健康診査質問票(40歳以上)  
 健診結果書の写し ・ 領収書(振込通知書・ATMの利用明細書等でも可)の写し  
 請求明細書があればその写し

※申請者と振込希望銀行の口座名義は、同一としてください。