本件交付決定してよろしいか				受付印
常務理事	担　当	起案	年　月　日	
		決裁	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(3,000 円)を差引いた金額をもって算定します	￥

令和＿＿年度 入社時健診料交付申請書

年　月　日申請

婦人科検診の交付申請を［ 含む ・ 含まない ］←どちらかに〇をしてください		
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）
事業所所在地 （申請者住所）	〒 ＊日中連絡先 TEL　（　）　〔勤務先・自宅・携帯〕←いずれかに〇をしてください	
実施機関名		
実施年月	年　月 ～　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 ↑✓を入れてください　・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 ・ 請求明細書があればその写し

領収書の写し（振込通知書・ATM の利用明細書等でも可。ネット振込みの場合は振込日以降に出力した控え）

※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。

組合記入欄

健診結果書確認済み	印