

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> 12,400円 以内		¥ _____

平成 年度 **生活習慣病健診料**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) ⑩
事業所所在地 (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 通 合 〕	・口座番号
↑○をしてください		

<添付書類>

受診者名簿及び受診項目一覧表(作成例参照) ・ 健診結果書の写し

特定健康診査質問票(40歳以上)

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。