

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 > 12,400円 以内 ※交付対象額から一部負担金(5,000円)を 差引いた金額をもって算定します			¥ _____	

令和____年度 生活習慣病健診料交付申請書

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○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○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 _____ <input type="checkbox"/> 当 座 <input type="checkbox"/> 普 通 <input type="checkbox"/> 総 合 ・口座番号 _____ ・口座名義 _____ ↑✓を入れてください

< 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)

組合記入欄

健診結果書確認済み	印
-----------	---

※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。