

令和	年度	定期健康診断・胃検診補助金決定並支出伺						
起案	年 月 日			決裁	年 月 日			
常務理事	事務長	室長	総務部長	室長代理	主任	担当者	出納簿	歳出簿
5. 款		1. 項		4. 目		決定金額		
保健事業費		保健事業費		疾病予防費		円		
※算出査定欄		請求額		受診者負担額		支給決定額		
		円		円		円		
算出基礎								

(健保組合記入欄)

### 定期健康診断・胃検診補助金 請求書

検査に要した 費用の額	円
請求人数	名

振込先	
銀行.....支店	
店番	口座番号(普通・当座)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
フリガナ 名義人	

※振込先名義は事業所名義の口座をご記入ください。  
※振込先名義には必ずフリガナをつけてください。

上記のとおり請求します。 年 月 日

なお、添付いたしました検査結果の提出につきましては、受診者の同意を得ていることを申し添えます。

〒

所在地 \_\_\_\_\_

記号 \_\_\_\_\_ 番号 \_\_\_\_\_ 事業所名 \_\_\_\_\_

事業主名(被保険者名) \_\_\_\_\_

受付年月日	支払年月日	領収欄
		¥ _____ 上記金額領収しました 令和 年 月 日 氏名

※検査結果(電子媒体・紙面)と受検者リスト(医療機関発行分で可)及び、領収書(コピー可)を必ず添付してください。

※検査結果と受検者リストには**保険証記号番号**と**喫煙の有無**を記入してください。  
 ※胃検診の請求がある場合は別紙委任状を記入し、受検者氏名を記名押印してください。



