

平成 年 月 日				決定金額								円
常務理事	事務長	課長	係	検診	第1次	平成 年 月 日						
				年月日	第2次	平成 年 月 日						
				備考	一般 @ 35歳 @ 40歳以上 本人 @ 家族 @							

**一般健診  
生活習慣病健診  
特定健診 補助金請求書**

下記のとおり 一般健診  
生活習慣病健診 補助金を請求いたします。  
特定健診

平成 年 月 日

□□□□ - □□□□

事業主 所在地  
(被保険者) (住所)  
氏名

⑧

**神戸貿易健康保険組合理事長 様**

健保証記号	※年齢(年度末現在)順に記入してください。 ※受診者記入においては別添2号用紙でも代用可能です。						
健保証番号	被保険者氏名	生年月日	年齢	健保証番号	被保険者氏名	生年月日	年齢
		昭平				昭平	
		昭平				昭平	
		昭平				昭平	
		昭平				昭平	
		昭平				昭平	
種別	1. 一般健診 名		2. 生活習慣病健診 名		3. 特定健診 名		
検診年月日	第1次	平成 年 月 日			第2次	平成 年 月 日	
検診を受けた病院等	所在地					検診に要した費用	合計 円
	名称						

領収書	金 円也正に領収しました。	
	平成 年 月 日	住所 氏名
	受領者	⑧

振込希望銀行	銀行	支店	預金種別	普通 ・ 当座
	口座番号		フリガナ	
			口座名義	

(注) 領収書(原本)及び健診結果(特定健診質問票含む)の写しを必ず添付してください。