

支払決定年月日		平成 年 月 日		支給金額計算欄			
常務理事	事務長	課長	係	(a b c) d e f	名 ×	円 =	円
				(a b c) d e f	名 ×	円 =	円
				支給決定額			

人間ドック利用補助金請求書(事業所申請用)

下記のとおり申請いたします。

平成 年 月 日

□□□□-□□□□

事業所名称

事業主氏名

㊞

神戸貿易健康保険組合理事長 様

事業所記号		検診年月日	年 月 日 から 年 月 日 まで		
検診を実施した病院等	所在地				
	名称				
受診種別・人数 ・受診者リストを添付 (3号用紙・もしくは同 様事項記載のリストを 添付ください)		①35歳以上受診者(②を除く)	② 50・55・60・65・70歳 受診者	計	
	1泊2日	a 名	d 名	名	
	半日	b 名	e 名	名	
	2時間	c 名	f 名	名	
	計	名	名	名	
検診に要した費用	合計				円

委任状	委任事項	この補助金の受領方を住所氏名 ㊞ に委任します。			
		平成 年 月 日 事業主氏名 ㊞			

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、受診者リストを必ず添付してください。