

生活習慣病検診補助金申請書（契約医療機関以外）

補助金申請手続き及び受領について、下記加入員から同意・委任を受けましたので申請します。

事業所所在地

事業所名称

印

事業所記号 _____

電話番号

受診者数 _____ 名

振込先 (事業所名)	預金種別	1 : 普通 2 : 当座	3 : その他 ()	銀行 金庫	本店 支店
	口座番号		口座名義	フリガナ	

被保険者 番号	氏 名	満年齢	種 別	実施年月日	実施医療機関
			本人・家族		
			本人・家族		
			本人・家族		
			本人・家族		
			本人・家族		
			本人・家族		
			本人・家族		
			本人・家族		
			本人・家族		

※被保険者証の記号番号、年齢は必ず記入してください。

※対象者は当該年度内に満 35 才以上の被保険者及び被扶養者です。

※検診電子データ（検査結果・問診票）、検診結果票の写し及び領収証の原本を添付してください。（添付がないと支給できません）

※検査項目の未受診がありますと、補助の対象となりません。

※事業所一括で申請してください。（入金先は事業所となります。）

受付日付印