

# 人間ドック・生活習慣病予防健診 補助金請求書

近畿電子産業健康保険組合 御中

下記のとおり補助金を請求します。

組合受付印

事業所 記号	
-----------	--

申請する人数	人
補助請求金額	円

請求が複数枚の場合は1枚目に合計を記載してください。

番号	本人 被扶養者	フリガナ 氏名	性別	生年月日	受診日	受診健診機関	結果	健診に要した費用
1	本・扶		男・女	昭和 . .	令和 . .		XML ・ 紙	
2	本・扶		男・女	昭和 . .	令和 . .		XML ・ 紙	
3	本・扶		男・女	昭和 . .	令和 . .		XML ・ 紙	
4	本・扶		男・女	昭和 . .	令和 . .		XML ・ 紙	
5	本・扶		男・女	昭和 . .	令和 . .		XML ・ 紙	
6	本・扶		男・女	昭和 . .	令和 . .		XML ・ 紙	
7	本・扶		男・女	昭和 . .	令和 . .		XML ・ 紙	
8	本・扶		男・女	昭和 . .	令和 . .		XML ・ 紙	
9	本・扶		男・女	昭和 . .	令和 . .		XML ・ 紙	
10	本・扶		男・女	昭和 . .	令和 . .		XML ・ 紙	

添付書類

- ① 領収書      ㊦ 受診者名義の場合→ 領収書原本  
 ② 健診結果      ㊧ 事業所名義の場合→ 領収書原本と明細書の写し  
 健診結果 XMLデータ または 結果表(紙)の写しと質問票  
**【40歳以上(年度末起算:3月)の受診者のみ必須】**

事業所	
事業主名	
所在地	
担当者	Tel (      )      -

※ 記入した内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を記入のうえ、訂正者の氏名を記入してください。

なお、従来どおり押印をしている場合については、上記の方法による訂正または従来どおりの押印した印による訂正のどちらかをお願いします。