

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 あて

下記のとおり補助金を請求します。

事業所 記号	
-----------	--

申請する人数	人
補助請求金額	円

組合受付印

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。

昇順に記載お願いします。

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・平成 ・・	令和 ・・		XML ・ 紙	
2	本・扶		男・女	昭和・平成 ・・	令和 ・・		XML ・ 紙	
3	本・扶		男・女	昭和・平成 ・・	令和 ・・		XML ・ 紙	
4	本・扶		男・女	昭和・平成 ・・	令和 ・・		XML ・ 紙	
5	本・扶		男・女	昭和・平成 ・・	令和 ・・		XML ・ 紙	
6	本・扶		男・女	昭和・平成 ・・	令和 ・・		XML ・ 紙	
7	本・扶		男・女	昭和・平成 ・・	令和 ・・		XML ・ 紙	
8	本・扶		男・女	昭和・平成 ・・	令和 ・・		XML ・ 紙	
9	本・扶		男・女	昭和・平成 ・・	令和 ・・		XML ・ 紙	
10	本・扶		男・女	昭和・平成 ・・	令和 ・・		XML ・ 紙	

添
付
書
類

- ① 領収書
② 健診結果

- ⑦ 受診者名義の場合→ 領収書原本
① 事業所名義の場合→ 領収書原本と請求書及び明細書等の写し
健診結果 XMLデータまたは結果表(紙)の写しと質問票

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。