

疾病予防補助金請求書

平成 年 月 日

名古屋薬業健康保険組合 御中

事業所々在
事業所名称
事業主氏名
(または、請求者氏名)

㊞

事業所番号		実施区分ごとに請求してください。										組合記入欄	
実施区分 <small>該当区分に 印を付けてください。</small>		実施者数						実施費用 (円)		内訳	補助金支給額 (円)		
		被保険者		被扶養者		計							
		男	女	男	女	男	女	計					
1-1	基本健診第一次健診										実施機関毎の詳細は別紙明細書のとおり		
1-2	基本健診追求検査												
2-1	総合健診第一次健診												
2-2	総合健診追求検査												
3-1	特定健診第一次健診												
3-2	特定健診追求検査												
4-1	人間ドック第一次健診												
4-2	人間ドック追求検査												
5	歯科健診												
6	健診後の事後指導												
7	インフルエンザ予防接種												

[添付書類]

1. 疾病予防補助金請求明細書兼支払通知明細書 (様式第4号の1-1)
2. 健診結果を記入した当組合専用の健康診断個人票 (様式第13号の1-1 (第一次健診) または13号の1-2 (追求検査)) ・健康調査票 (様式第13号の1-4) (組合用1枚目と2枚目) ・事後指導票 (様式第13号の2-1) 等
3. 健診結果を記入した当組合専用の歯科健診の健康診査票 (様式第13号1-3)
4. インフルエンザ予防接種実施者連名簿 (様式第5号の1)
5. 実施機関に支払った領収書 (写でも可) と費用内訳書 (明細が記入してあるもの)
6. その他各種目ごとに必要とされる書類

この請求書等はホームページ (<http://www.meiyaku-kenpo.or.jp/>) からダウンロードできます。

任意継続被保険者の皆様へ

当組合では、任意継続被保険者の皆様方へ健診等の疾病予防補助金を振り込みしておりますので下記に振込先の口座名をご記入いただきますようお願いいたします。

なお、初回時のみ通帳等の口座名義人欄の写しを添付してください。(漢字記入面・カタカナ記入面) 振り込み口座に変更がある場合は改めてご記入をお願いいたします。

口座名義人	(フリガナ)
-------	--------

金融機関名と本支店名		コード		預金種別		口座番号						
金融機関名						普通						
本・支店名						当座						