

保健事業費支払依頼書

申請区分	<input checked="" type="checkbox"/> A. 被保険者が申請する補助金	<input type="checkbox"/> B. A以外の保健事業費			
申請事業所名	〇〇会社 △△事業所	支払合計 36,500 円			
支払先情報					
カナ	マルサンカクギンコウ	カナ	バツサンカクシテン		
振込先銀行名	●▲銀行	支店名	×▲支店		
口座種類	<input checked="" type="radio"/> 普通・当座	口座番号	123456	カナ	マルマルマルカイシヤ
		口座名義	〇〇〇会社		

申請する項目に ○を記入	補助金項目	金額	健保記入欄
	生活習慣病健診 (40歳以上)		
	生活習慣病健診 (35~39歳)		
	生活習慣病健診 (34歳以下) ※尿酸・クレアチニン・眼底検査		
	胃がん検診		
	大腸がん検診		
	C型肝炎検査		
○	人間ドック (40歳以上)	30,000	
	人間ドック 初回受診・節目健診 (40歳以上)		
	人間ドック (35~39歳)		
	人間ドック 初回受診 (35~39歳)		
	被扶養者健診 (40歳以上)		
	被扶養者健診 (35~39歳)		
○	乳がん検診	4,000	本人： 家族：
○	子宮頸がん検診	2,500	本人： 家族：
	インフルエンザ予防接種費用		
	海外一時帰国時健診		本人： 家族：
	海外帰国時健診		本人： 家族：
	禁煙外来費用補助		
	その他 (特定保健指導・健診データ)		
担当者氏名および連絡先電話番号			受 理
担当者氏名： 東レ 太郎		TEL: 077-537-0189	

記入方法などの注意事項を次頁に記載しておりますので、ご確認願います。

<注 意 事 項>

1. 申請区分のいずれか（両方は不可）にチェックを入れてください。
また、支払依頼書は「支払先単位」で作成してください。
2. 支払依頼書の締切（健保到着日）は毎月10日、お支払いは翌月末日払いとなります。（土・日・祝日の場合は前日）
3. 支払依頼書と添付書類などに記載漏れがあった場合は、一旦返却します。
支払いが遅延する可能性がありますので必ず記載漏れが無いか、確認のうえ、提出いただきますようお願い致します。
4. 支払依頼書には次の書類を添付してください。
 - ①請求書・領収書（原本）立替払い後の請求書に限り、コピー可領収書（原本）
 - ②支払対象者名簿（受診者が20名を超過する場合は、EXCELファイルの送付をお願いします。）
5. 人間ドック補助金申請は、事前配布しているリストで年齢・受診履歴を確認のうえ、提出いただきますようお願い致します。
6. 人間ドックは、初回・節目とそれ以外を項目別に分けて、金額を記入してください。