

保健事業費支払依頼書 【A. 事業所が申請する保健事業費】

事業所立替・医療機関支払用					
申請事業所名	○○会社 △△事業所		支払合計	47,000 円	
支払先情報					
カナ	マルサンカクギンコウ		カナ	ハツサンカクシデン	
振込先銀行名	●▲銀行		支店名	×▲支店	
口座種類	普通・当座	口座番号	123467	カナ	サンカクサンカク病院
				口座名義	△△病院
申請する項目に○を記入	補助金項目	金額	健保記入欄	【上限額】	
生活習慣病健診	○ 生活習慣病健診（40歳以上）	12,000	健保記入欄には記載不要	健診実費1/2 もしくは3,000円/名の低い額	
	○ 生活習慣病健診（35～39歳）	12,000		健診実費1/2 もしくは3,000円/名の低い額	
	生活習慣病健診（34歳以下） ※尿酸・クレアチニン・眼底検査		上限額を超える申請はできません	1,600円/名	
人間ドック	人間ドック（40歳以上）			15,000円/名	
	人間ドック 初回受診・節目健診（40歳以上）			30,000円/名	
	人間ドック（35～39歳）			15,000円/名	
	人間ドック 初回受診（35～39歳）			30,000円/名	
○	健診データ（XMLデータ）提供料	1,000		全額補助	
	特定保健指導			全額補助	
オプション検査	○ 胃がん検診	16,000		4,000円/名	
	○ 大腸がん検診	6,000		1,500円/名	
	C型肝炎検査（40歳到達時）			2,000円/名	
	乳がん検診		本人： 家族：	4,000円/名 4,000円/名	
	子宮頸がん検診		本人： 家族：	2,500円/名 2,500円/名	
海外健診	海外一時帰国時健診		本人： 家族：	50,000円/名 50,000円/名	
	海外帰国時健診		本人： 家族：	50,000円/名 50,000円/名	
	海外健康診査（海外受診）			全額補助	
	インフルエンザ予防接種費用			2,000円/世帯	
合計		47,000	合計金額は自動計算されるので検算にご利用下さい		
担当者氏名および連絡先電話番号			受理		
担当者氏名： 総務課 東レ 太郎 TEL: 077-537-0189			健保押印欄		

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. 支払依頼書は「A. 事業所が申請する保健事業費」「B. 被保険者が申請する補助金」の2種類ありますので、いずれかの依頼書を選択ください。
また、「支払先」単位での作成をお願いします。
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・節目とそれ以外を分けて、金額を記入してください。