

保健事業費支払依頼書

申請区分	<input type="checkbox"/> A. 被保険者が申請する補助金		<input checked="" 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	61,000 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	普通・当座	口座番号	カナ	サンカクサンカクビョウイン
			口座名義	△△病院
100000				

申請する項目に ○を記入	補助金項目	金額	健保記入欄
<input type="checkbox"/>	生活習慣病健診 (40歳以上)	12,000	
<input type="checkbox"/>	生活習慣病健診 (35~39歳)	12,000	
	生活習慣病健診 (34歳以下) ※尿酸・クレアチニン・眼底検査		
<input type="checkbox"/>	胃がん検診	20,000	
<input type="checkbox"/>	大腸がん検診	12,000	
	C型肝炎検査		
	人間ドック (40歳以上)		
	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		本人： 家族：
	子宮頸がん検診		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		
<input type="checkbox"/>	その他 (特定保健指導 <u>健診データ</u>)	5,000	

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いたします。
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。