

支給決定伺	支給決定金額	常務理事	事務長	係
年 月 日	¥			

令和 年度	款	保健事業費	項	保健事業費	目	疾病予防費
-------	---	-------	---	-------	---	-------

## 一般健康診断に係る定期健康診断補助金請求書

事業所記号	
事業所名称	
連絡先	担当者氏名 電話
医療機関の名称	
実施年月日	年 月 日 ~ 年 月 日
実施人数	人
実際に要した費用の合計金額	円 XMLデータ作成費用 円
補助金請求金額	円

上記のとおり、一般健康診断に係る定期健康診断を受診しましたので、補助金を請求します。  
 なお、健診結果データを兵庫県建築健康保険組合に提出することについて、被保険者の同意を得ています。

年 月 日

事業所所在地

名称

事業主氏名

兵庫県建築健康保険組合理事長 様

払渡希望の銀行名	種別	当座 普通	フリガナ
銀行 信金 支店	口座 番号		名義人

### (留意事項)

- 補助対象者 当年度において40歳以上75歳未満の被保険者  
 当年度4月2日以降の資格取得者・資格喪失者について、健診日に被保険者である場合は補助の対象
- 補助金額 1人当り **3,000円以内の実費**  
 健診結果データをXMLにより作成した場合、その費用の実費を加算した額
- 添付書類
  - ・ **所定の受診者名簿**
  - ・ **領収書(コピー可)**
  - ・ **健診結果(コピー可)**
- 提出期限 原則として**当年度3月中旬**

**令和5年度より変更しています**

紙(全ページ必要。コピーは縮小しないでください。)  
 またはXMLデータ(健診実施医療機関に依頼を要する)

・ **質問票** (健診結果が紙の場合のみ)

支給決定伺	支給決定金額	常務理事	事務長	係
年 月 日	¥			

令和〇年度	款	保健事業費	項	保健事業費	目	疾病予防費
-------	---	-------	---	-------	---	-------

### 一般健康診断に係る定期健康診断補助金請求書

事業所記号	999
事業所名称	株式会社 ○○○
連絡先	担当者氏名 健保 太郎 電話 078-123-4567
医療機関の名称	○○○○健診センター
実施年月日	○年○月○日～△年△月△日
実施人数	2人
実際に要した費用の合計金額	12,000円 XMLデータ作成費用 600円
補助金請求金額	6,600円

上記のとおり、一般健康診断に係る定期健康診断を受診しましたので、補助金を請求します。  
なお、健診結果データを兵庫県建築健康保険組合に提出することについて、被保険者の同意を得ています。

〇〇年 〇〇月 〇〇日

事業所所在地 神戸市△△区△△町△-△  
名称 株式会社 ○○○  
事業主氏名 代表取締役 ○○ △△

兵庫県建築健康保険組合理事長 様

払渡希望の銀行名	種別	当座	普通	フリガナ	カブシキカイシャ 株式会社 ○○○
○○○ 銀行 信金 ○○ 支店	口座番号	1234567		名義人	

#### (留意事項)

- 補助対象者 当年度において40歳以上75歳未満の被保険者  
当年度4月2日以降の資格取得者・資格喪失者について、健診日に被保険者である場合は補助の対象
  - 補助金額 1人当り **3,000円以内の実費**  
健診結果データをXMLにより作成した場合、その費用の実費を加算した額
  - 添付書類
    - ・ 所定の受診者名簿
    - ・ 領収書(コピー可)
    - ・ 健診結果(コピー可)

紙(全ページ必要。コピーは縮小しないでください。)  
またはXMLデータ(健診実施医療機関に依頼を要する)

**令和5年度より変更しています**

  - ・ 質問票 (健診結果が紙の場合のみ)
- 提出期限 原則として当年度3月中旬