

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)

- 1 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
- 2 補助金額 1人当たり 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
- 3 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)
 - ・ 質問票 (健診結果が紙の場合のみ)
- 4 提出期限 原則として当年度3月中旬

令和6年度より変更になりました
 以前の質問票は使用できません

※ 医療機関へ振込みをされた場合は、利用明細票・ネットバンキング振込明細表 等振込みされたことが分かる書類(コピー)を添付してください。
 また、医療機関からの請求書(請求明細書 等)に受診内訳の記載がある場合は、コピーを添付してください。

