

支給決定日	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)
 - 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

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。

一般健康診断に係る定期健康診断補助金 受診者名簿(1 / 1)

↑
○枚目 ○枚中

事業所記号	999				
被保険者番号	受診者氏名	年齢	受診日	支払額	補助金請求額
1234	建築 太郎	65 歳	〇.〇.〇	6,000 円	3,000 円
5678	健診 花子	40 歳	△.△.△	6,000 円	3,000 円
		歳		円	円
		歳		円	円
		歳		円	円
		歳		円	円
		歳		円	円
		歳		円	円
		歳		円	円
				小 計	12,000 円
				合 計	6,000 円

最終ページのみ記入してください →