

様式2

記入例

常務理事	部長	課長	係長	係

短期人間ドック補助金請求書

令和 ×× 年度

令和 ×× 年 ×× 月 × 日

千葉県医業健康保険組合 様

事業所所在地 千葉市〇〇区△△町××

事業所の名称 医療法人社団 〇〇〇〇

事業主の氏名 △△△ ×××

電話番号 043-〇〇〇-××××

担当者氏名 医業 健太

印

※電子申請(KOSMO Webによる)の場合は、押印不要

下記のとおり短期人間ドックを実施したので請求いたします

※決定欄には記入しないでください

種 目	件 数	合 計
短期人間ドック	2 件	80,000 円
※決定欄	件	円

補助金振込口座	〇〇	銀行	△△	支店
種 別	普通	・ 当座	口座番号	1 2 3 4 5 6 7
(フリガナ)	イ) 〇〇〇〇 リジチョウ △△ XX			
口座名義	医療法人社団 〇〇〇〇 理事長 △△ XX			

◎振込口座は、事業所(主)口座でお願いいたします

◎補助金額 一人当たり上限40,000円

◎添付書類

【郵送による申請】

・領収書原本(宛名が受診者本人名のもの)

➢ 領収書に記載されている内容が要件を満たさない場合は、別途書類が必要

【電子申請】

① 事業所内及び業務委託契約事業所で実施した場合は、添付書類は不要です

② ①以外で実施した場合は、郵送による申請と同じです

◎その他については「請求時提出書類等について」をご確認ください

受付日付印

短期人間ドック補助金請求明細書

(電子申請の場合は、この明細書が領収書を兼ねる)

※受診者が「配偶者」の場合は、配偶者欄へチェックを

領収書に記載されている金額をそのまま記入する

事業所記号

項番	配偶者	証番号	受診者氏名	性別	生年月日	年齢	実施年月日	領収書の金額
1		XX	健保 元気	男	S.XX.〇〇.△△	XX	R.XX.〇〇.△△	50,000 円
2	✓	XX	健保 康子	女	S.□□.△△.〇〇	XX	R.XX.〇〇.△△	60,000 円
3								
4								
5								

被扶養配偶者の分は「✓」記入

◎一人が複数の検査等を実施した場合↓
【例:人間ドック実施し、都合によりオプション検査のみ後日実施等】
・実施年月日 ⇒ あとに実施した年月日
・領収書の金額 ⇒ 合算した金額