様式2

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

事業所の名称

事業主の氏名　　㊞

電話番号

担当者氏名

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（一人当たり上限40,000円）
短期人間ドック	件	円
※決定欄	件	円

補助金振込口座	銀行		支店
種　別	普通　・　当座	口座番号	
(フリガナ)			
口座名義			

受付日付印

※添付書類
・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です
※年度に1回、実施年度中に40歳以上になる被保険者及び被扶養配偶者
(その年度中に40歳になる者は、実施日に39歳でも支給対象とする)
※振込口座は事業所(主)口座でお願いいたします

短期人間ドック補助金請求明細書

※受診者が「配偶者」の場合は、配偶者欄へチェックを入れてください

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								円
2								円
3								円
4								円
5								円