

令和 年 月 日

農林中央金庫健康保険組合 御中

事業主名

本人成人病健診費用補助金請求書(事業主用)

| | |
|--|--|
| 健診区分 (<input checked="" type="checkbox"/> 印) | <input type="checkbox"/> 通常健診 <input type="checkbox"/> 再検査 |
| 実施日 | 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 |
| 医療機関名 | |
| 受診者数 | 名 |
| 支払金額 | 事業主負担額 円 |
| | 健保補助請求額 円 |
| | 合計額 0 円 |

振込
収受書
付書
(原
写本
)
貼
付
箇
所

- (注) 1 対象者は、原則として満35歳以上の被保険者です。
- 2 通常健診の場合は「本人成人病健診受診内容(保疾2)」、再検査の場合は「本人成人病健診再検査用(保疾3)」を添付してください。
- 3 健保負担項目・事業主負担項目の費用確認書類(医療機関との契約書や請求書の写し等)を添付してください。
- 4 振込受付書受取人名と本請求書の医療機関名が異なる場合は、確認書類(請求書写し等)を添付してください。
- 5 本請求書は、事業主が健診費用を支払った後、必ず毎月20日(必着)までに提出してください。
翌月20日(休業日の場合は、前営業日)に各事業主指定口座にお振込みいたします。

(健康保険組合使用欄)

補助金額 円

| | | | | |
|-----|--|------|-----|---|
| 受付日 | | 常務理事 | 事務長 | 係 |
| 決定日 | | | | |
| 処理日 | | | | |