

令和 年 月 日

農林中央金庫健康保険組合 御中

事業主名

歯科検診費用補助金請求書(事業主用)

標記について、下記のとおり請求します。

記

1 請求金額 _____ 円

2 支払金額の内訳

実施日	受診者数 (単位:人)	1人あたりの単価 (単位:円)	支払金額 (単位:円)	実施医療機関名
合計				

振込
領収書
受付書
(原
本
)
(写
本
)
貼
付
箇
所

- (注) 1 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。
 2 本請求書は、事業主が検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				