

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
千葉県医業健康保険組合 様

令和 年 月 日

事業所所在地

事業所の名称

事業主の氏名 (印)

電話番号

担当者氏名

※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	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							

◎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

・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

※電子申請の場合は、添付書類は不要です

◎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入れてください

事業所記号 _____

【金額欄について】上限を超える場合→「40,000円」・下回る場合→「領収書の金額」を記入

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	金額 (上限40,000円)
1								円
2								円
3								円
4								円
5								円