

※支払決定	平成 年 月 日	決	支払日 平成 年 月 日			
	¥		裁	常務理事	事務長	担当者

生活習慣病検診補助金請求書

保険証の記号・番号	〇〇 〇〇〇〇〇	所属部店名	〇〇 支店												
生活習慣病検診	実施医療機関名	〇〇検診クリニック													
	実施年月日	平成 〇〇年 〇月 〇日													
	検診を受けた人の氏名	健保 太郎	被保険者との続柄	本人											
上記により検診結果表（写し）を添え、生活習慣病検診補助金を請求します。															
<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <th colspan="2">補助金請求額</th> </tr> <tr> <td>生活習慣病検診</td> <td style="text-align: right;">30,000円</td> </tr> <tr> <td>婦人科検診（乳がん検診）</td> <td style="text-align: right;">円</td> </tr> <tr> <td>（子宮がん検診）</td> <td style="text-align: right;">円</td> </tr> <tr> <td>合 計</td> <td style="text-align: right;">30,000円</td> </tr> </table>						補助金請求額		生活習慣病検診	30,000円	婦人科検診（乳がん検診）	円	（子宮がん検診）	円	合 計	30,000円
補助金請求額															
生活習慣病検診	30,000円														
婦人科検診（乳がん検診）	円														
（子宮がん検診）	円														
合 計	30,000円														
平成 〇〇年 〇月 〇日															
ジャックス健康保険組合理事長 殿															
住 所 東京都渋谷区恵比寿4-1-〇〇 請求者氏名 健保 太郎 ㊟ （被保険者）															
銀行振込 口座	〇〇 銀行 〇〇支店 口座番号 普通 000000 信用金庫 当座														
口座名義	(フリガナ) ケンボ 太郎 健保 太郎														

(注) 振込先口座は被保険者名義の口座を指定して下さい。
 ※印は記入しないで下さい。
 領収書及び検診結果表を添付して、被保険者が請求して下さい。