

生活習慣病健診補助金請求書（事業主健診用）

下記のとおり、生活習慣病健診を実施しましたので、健診機関の利用料金領収書等(写)及び利用目的に同意のうえ健診結果(写)を添えて補助金を請求いたします。

なお、請求金額は、さきに届出済の保険給付金及び補助金等銀行振込口座依頼書の口座名義人に振込願います。

生活習慣病健診	補助金限度額 5,000円（1人当たり） ※支払額が補助金限度額に満たない場合はその支払額
実施人数	_____人
請求金額	_____円

令和 年 月 日

事業所記号 ()

事業所名称

事業主氏名

(注)

- ① 別紙「生活習慣病健診受診者名簿」に必要事項を記入してください。
- ② 個人が実施する被保険者・被扶養者の生活習慣病健診は「健康診査等利用報告並びに補助金請求書(個人用)」により補助金請求してください。
- ③ 利用料金領収書等(写)は、明細(内訳)が明記されているものを添付してください。
- ④ 必須検査項目を受診されていない場合には、補助金を支給できないことがあります。
- ⑤ 「補助金適用」契約健診機関利用申込により実施された生活習慣病健診については、補助金請求はできません。
- ⑥ 添付された健診結果(写)は、健康診査事業以外の目的には利用いたしません。