

短期人間ドック補助金請求書（事業主健診用）

下記のとおり、短期人間ドック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。

短期人間ドック	補助金限度額（1人当たり） 1泊2日ドック 30,000円 日帰りドック 15,000円 ※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	1泊2日ドック _____ 人 日帰りドック _____ 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「短期人間ドック受診者名簿」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・被扶養者の短期人間ドックは「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 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。