

同 年 月 日	令 和 年 月 日	支 給 金 額			百	十	万	千	百	十	円
常務理事	事務長	事務次長	課 長	担 当	受診者内訳	特定健診	一般健診	合 計	支 払 日		
									令和 年 月 日		

疾病予防補助 申請書

事業所名称	(株)鶴見自動車整備	費用の総額	24,000 円
-------	------------	-------	----------

被保険者証 記号番号	被 保 険 者 (受 診 者) 氏 名	生 年 月 日	実 施 日	実 施 健 診 機 関 名
11-1	鶴見 一郎	S37.6.12	令和2年10月7日	京浜内科クリニック
11-2	鶴見 二郎	S41.7.7	令和2年10月14日	〃
11-5	鈴木 花子	H8.4.6	令和2年11月11日	鶴見国道病院

裏面へ続く。

上記のとおり補助金を申請します。

令和 2 年 12 月 7 日

〒 230-0051 電話番号 045-501-□□□□

事業所所在地 横浜市鶴見区鶴見中央 △-△-△

(個人で請求をする
場合は住所氏名を
記載してください。)

事業所名称 (株)鶴見自動車整備

事業主氏名 鶴見 一郎

神奈川県自動車整備健康保険組合理事長 殿

振 込 金 融 機 関	銀行コード	支店コード	
	かながわ 銀行・農協 信金 信組	鶴見中央 支店	普通・当座
	口座番号 4567890	(フリガナ) 口座名義 (株)鶴見自動車整備	カ) ツルミジドウシヤセイビ

注1) この申請書には、受診結果と領収書の写しを添付してください。

注2) 受診者が40歳以上(年度末時点)の方は、併せて問診票(特定健診)も添付してください。