

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				費用の総額				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				

裏面へ続く。

上記のとおり補助金を申請します。

令和 年 月 日

〒 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

事業所所在地 \_\_\_\_\_

( 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 \_\_\_\_\_

事業主氏名 \_\_\_\_\_

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		
	銀行・農協 信金・信組		支店		普通・当座
	口座番号		(フリガナ) 口座名義		

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) 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。

