健診補助金支給申請書

事業所記号		事 業 所 名	
健診機関名 及び所在地			
健 診 年 月	令和　　年　　月　～　令和　　年　　月		
健診受診人数	名 （被保険者のみ）	健診費用総額	￥
請 求 金 額	￥　　（税込） 一 般 健 診　※在職中被保険者は一人につき一部負担金1,500円(税込) 円（10,400円(税込)を限度として）－ 一部負担金1,500円(税込) ×　　名 ＸＭＬデータ 円（ 550円(税込)を限度として） ×　　名 胃 部 検 診　但し、ペプシノーゲンは1,000円(税込)、ピロリ菌は500円(税込)を限度とする。 円（合計5,000円(税込)を限度として） ×　　名 B型肝炎ウイルス(抗原)検査 円（ 700円(税込)を限度として） ×　　名 B型肝炎ウイルス(抗体)検査 円（ 700円(税込)を限度として） ×　　名 C型肝炎ウイルス(抗体)検査 円（1,000円(税込)を限度として） ×　　名 前立腺がん検診（PSA検査） 円（2,000円(税込)を限度として） ×　　名 眼 底 検 査 円（1,000円(税込)を限度として） ×　　名 大 腸 が ん 検 診 円（1,000円(税込)を限度として） ×　　名		
払渡希望銀行名	銀　　行 信用金庫　　支店		
口 座 番 号	1 普通 2 当座	口 座 名 義	フリガナ

●裏面をよくお読みください。
●①領収書又は振込書　②一般健診は健診結果のコピー及び「標準的は質問票」又は健診結果のコピー及び「XMLデータ」
③胃部検診、肝炎ウイルス検査、前立腺がん検診（PSA検査）、眼底検査は受診したことがわかるもの
大腸がん検診は検診結果のコピー
④個人の健診費用、単価がわかるもの、以上を添付してください。
●健診結果の個人票の氏名の前に被保険者番号を赤で記入してください。

神戸機械金属健康保険組合理事長　殿

令和　　年　　月　　日提出

事 業 所 所 在 地

事 業 所 名 称

事 業 主 氏 名