（様式1）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決裁 | 常務理事 | 事務長 | 会計課長 | 担　　当 | 支給決定額 |
|  |  |  |  | 円 |
| 令　和　　　年　　　月　　　日　　右のとおり決定してよろしいか。 | 不支給事由 |
|

**特定健康診査に係る情報提供手数料補助請求書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 振込指定金融機関 | 銀行　　　　　　店 |
| 金額 | 拾 | 万 | 千 | 百 | 拾 | 円 | 口座番号 | 1.普通2.当座 |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 名　　義 |  |
| 補助額 | 2,000円×実施人員 | 人 |
| 特定健康診査受診対象者について事業主健診を実施したので、次の書類を添えて請求します。添付書類（該当番号に○を付す。）　　１　事業主健診の実施結果の紙によるデータ　　２　事業主健診の実施結果の電子媒体によるデータ　　令和　　年　　月　　日住　所組合員氏　名　　　　　　　　　　　　　　㊞茨城県医師国民健康保険組合理事長　殿 |

|  |
| --- |
| **事業主健診受診者明細** |
| 被保険者番号 | 氏　　　名 | 続　柄 | 健診日 | 被保険者番号 | 氏　　　名 | 続　柄 | 健診日 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |