

受付日付

常務理事	事務長	部長	課長	担当者

## 令和 6 年度 生活習慣病予防健診補助金請求書

下記のとおり、生活習慣病健診補助金を請求いたします。

請求額 144,800 円

(請求額に電子媒体(XMLデータ)作成費用を含む  いいえ ・  はい 800 円)

令和 6 年 8 月 1 日

事業所記号	50
-------	----

事業所所在地 大阪市北区〇町 〇-〇-〇

事業所名称 丸紅〇〇×× 株式会社

(健康保険事務担当者: 健保 〇子)

請求者氏名	番号	氏名	番号	氏名	番号	氏名
	50	連合 太郎				
	50	連合 花子				
	100	組合 一郎				
	100	組合 幸子				

## 【注意事項】

- 請求書には、健診機関からの請求明細書、領収書及び健診結果のそれぞれ写しを添付してください。  
ただし、健診結果を収録した電子媒体(XMLデータ)を添付する場合は、健診結果の写しの添付は不要です。
- 補助金支給額は、1人当たり36,000円を上限額(年度1回限り)とします。なお、上限額に満たない場合は、実費額とします。
- 健診機関より、健診費用とは別に電子媒体(XMLデータ)の作成費用の請求がある場合は、当該請求にかかる領収書(写)を添付のうえ、補助金請求額に当該費用を含めて請求してください。
- 請求者が多い場合は、別紙を添付してください。