

日付: 令和〇年〇月〇日

リケンテクノス健康保険組合理事長 殿

事業所名称 東京都〇〇区〇〇 〇〇-〇〇

所在地 〇〇〇株式会社

事業主 健保大四郎

印

生活習慣病予防健診補助金交付申請について
(39歳以下)

下記の通り生活習慣病予防健診を実施したので、補助金の交付を受けたく申請いたします。

事業所(工場)名 〇〇〇株式会社 〇〇工場

責任者 工場長 〇〇〇〇

印

記

受診年月日: 令和〇年〇月〇日 ~ 令和〇年〇月〇日

実施検査名	実施人員	一人当たり単価	金額	備考
基本検査料	30	5,000	150,000	
胃検診	10	3,800	38,000	
食道部 X 線			0	
眼底検査			0	
血液検査			0	
大腸がん 1 回	5	650	3,250	
大腸がん 2 回	20	1,300	26,000	
子宮がん検査	3	2,500	7,500	
喀痰細胞診	15	3,000	45,000	
乳がん検診			0	
特定健康診査データ提供料			0	
小計			269,750	
消費税			0	※税込み金額
合計			269,750	

実施医療機関名: 〇〇診療所

検診名簿(結果表)、請求書、領収書を添付して下さい。