

【40歳以上専用】

特定健康診査補助金支給申請書

裏面の、受診者名簿のとおり特定健康診査を実施したので補助金を交付されたく申請いたします。

令和 年 月 日

事業所所在地

事業所名称

代表者氏名 \_\_\_\_\_

神奈川県管工事業健康保険組合

理事長 石田 隆 殿

※単価のわかる請求書(写)、領収書(写)、個人ごとの検査結果表(写)、特定健康診査質問票を添付してください。

※個人ごとの検査結果表(写)に問診(服薬の有無【血圧、血糖、脂質】、喫煙の有無)について記載があるときは、「特定健康診査質問票」は添付不要です。

(事業所用)

事業所の記号

特定健康診査受診者名簿

被保険者の 番号	氏 名	胃検査	受診日	被保険者の 番号	氏 名	胃検査	受診日

※同時に胃内視鏡・胃レントゲンを受診した場合は「胃検査」欄に○を記入してください