

令和8年度 生活習慣病予防健診補助金交付申請書

川崎汽船健康保険組合 御中

令和 年 月 日 提出

事業所名称

事業主氏名

健診実施事業所の 名称(支店・営業所) 及び所在地									
健診実施医療機関の 名称及び所在地									
健診実施期間 (R8.4.1～R9.3.31限り)	令和	年	月	日から	令和	年	月	日迄の	日間実施
事業所担当者	所属部課名				氏名				

(注意)

1. 支給決定額 以外の欄を記入して下さい。
 2. 添付書類は 請求書 及び 請求明細書（検査ごとの単価がわかるもの） の写しと 被保険者証の記号・番号 を付した個人ごとの検査結果表です。
 3. 支給額の計算で生じた 1 円未満の端数は 切り捨てです。
 4. 健診を有効に活用するため、再検査や治療が必要と判断された被保険者については その後の指導をお願いいたします。

受付日付印