

(様式1)

決	常務理事	事務長	会計課長	担当	支給決定額
					円
裁	平成 年 月 日				不支給事由
	右のとおり決定してよろしいか。				

### 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			
請求金額	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
<p>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。</p> <p>添付書類（該当番号に○を付す。）</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1 事業主健診の実施結果の紙によるデータ</li><li>2 事業主健診の実施結果の電子媒体によるデータ</li></ol> <p>平成 年 月 日</p> <p>住 所 組合員 氏 名</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p>茨城県医師国民健康保険組合理事長 殿</p>									

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

(注) 特定健康診査受診対象者（当該年度当初40歳から74歳の被保険者）