（様式第２号）

生活習慣病健診・人間ドック補助金請求書

<table>
<tr><td>健診実施年月日</td><td colspan="4">令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="3">受　診　人　員
（３０歳以上）</td><td>区　　分</td><td>男</td><td>女</td><td>計</td></tr>
<tr><td>被保険者健診</td><td>人</td><td>人</td><td>人</td></tr>
<tr><td>配 偶 者 健 診</td><td>人</td><td>人</td><td>人</td></tr>
<tr><td>健診担当医療機関

「２カ所以上の場合内訳書を添える。」</td><td colspan="4">（所在地）

（名　称）</td></tr>
</table>

注　①　健診担当医療機関が２カ所以上の場合は、医療機関別の健診実施月日、受診人員（男女別）を記した内訳書を添えてください。

②　補助金請求額は、本人負担額を除いた額を記入してください。

上記のとおり生活習慣病健診、人間ドックを実施したので関係書類を添えて、補助金の交付を請求します。

補助金請求額　　金　　円也

令和　　年　　月　　日

事　　業　　所　　名

事業主（代理人）氏名

全国信用保証協会健康保険組合　殿