

支給決議書 ※この欄は記入しないでください。		常務理事	事務長	担当者
同年月日	平成 年 月 日			
対象者数	積極的		名	
	動機付		名	
	計		名	
支給額			円	

特定保健指導補助金申請書

㊦

事業所記号					
事業所名					
受検者数	_____名				
請求金額	_____円				
<p>千葉県自動車販売整備健康保険組合 理事長 殿</p> <p>上記の金額を積極的支援 _____名分、および動機付け支援 _____名分として別添証拠書により申請いたします。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">事業所所在地 事業所名称 事業主氏名</p> <p style="text-align: right;">㊦</p>					
受取金融機関	銀行名	支店名	口座種別	口座番号	口座名義人
	銀行 信金 信組 農協	支店・本店	普通 当座		(フリガナ)

上記の太枠の中のみご記入ください。

- ※ 必ずすべてご記入の上、押印してください。
- ※ この申請書にて申請できるのは、特定健診の結果により特定保健指導（「積極的支援」または「動機付け支援」）の対象者となった40歳以上の被保険者および被扶養者のみ、年1回限りとする。
- ※ 実施年月日を年度で区切る。（4月1日～翌3月31日までの期間中実施したもの）
- ※ 動機付け支援の特定保健指導については、一人につき6,000円を限度として支給する。
- ※ 積極的支援の特定保健指導については、一人につき12,000円を限度として支給する。
- ※ 申請の際、領収証または医療機関からの請求書（いずれもコピー可）と、受検者名簿および保健指導の内容についての一覧を添付すること。（添付なき場合は支給いたしません）
- ※ 健康保険法における被保険者および被扶養者の、健康の保持増進のために行われる保健事業として、特定保健指導等の結果について、添付していただいたものを利用いたします。