様式第４号の１－１

疾病予防補助金請求明細書兼支払通知明細書

No.　　－　　－

No.	実施機関名	実施者数							実施費用（円）	※補助金支給額（円）
		被保険者		被扶養者		計				
		男	女	男	女	男	女	計		
	小　計									
	合　計									

※当組合の追求検査が実施できない契約健診機関等で他の機関にて保険診療として実施し請求される場合は、実施機関名の下段に第1次健診の実施機関名を合わせてご記入願います。

名古屋薬業健康保険組合

(2022.2)