

平成____年度特定保健指導実施報告書 費用請求書

東日本電線工業健康保険組合 殿

平成 年 月 日

事業所記号 _____

事業所名 _____ 印

健康管理委員名 _____ 印

下記のとおり 報告請求 します。

請求金額 金 _____ 円也

保険証番号	区分	対象者氏名	年齢	指導区分(該当する区分を丸で囲んでください)		金額	健診機関名
				動機付け支援	積極的支援		
	被扶養者			動機付け支援	積極的支援		
	被扶養者			動機付け支援	積極的支援		
	被扶養者			動機付け支援	積極的支援		
	被扶養者			動機付け支援	積極的支援		
	被扶養者			動機付け支援	積極的支援		

1. この請求書には、健診機関発行の領収書の写(個人別料金の明細)及び指導報告書(写)を添付してください。
2. 金額欄は健診機関に支払った費用を記入してください。

「特定保健指導」費用補助限度額

区 分	補 助 限 度 額
動機付け支援対象者	5,620円
積極的支援対象者	9,070円

(特定健康診査実施対象者)
40歳以上74歳以下の被扶養者