

健康診査「B方式」に係るXMLデータ作成料請求書

民間放送健康保険組合 理事長 様

「B方式」による健康診査に係るXMLデータ（CD）作成料の請求をいたします。

事業所名

事業主名

1.

健診機関名				人 数		
				被保険者	被扶養者	合計
				人	人	人
内 訳	<input type="checkbox"/> 1件	円 ×	名 =	円	※ 決定額 円	
	<input type="checkbox"/> 1枚	円 ×	枚 =	円	※ 決定額 円	
	<input type="checkbox"/> その他			円	※ 決定額 円	

2.

健診機関名				人 数		
				被保険者	被扶養者	合計
				人	人	人
内 訳	<input type="checkbox"/> 1件	円 ×	名 =	円	※ 決定額 円	
	<input type="checkbox"/> 1枚	円 ×	枚 =	円	※ 決定額 円	
	<input type="checkbox"/> その他			円	※ 決定額 円	

3.

健診機関名				人 数		
				被保険者	被扶養者	合計
				人	人	人
内 訳	<input type="checkbox"/> 1件	円 ×	名 =	円	※ 決定額 円	
	<input type="checkbox"/> 1枚	円 ×	枚 =	円	※ 決定額 円	
	<input type="checkbox"/> その他			円	※ 決定額 円	

※合計決定額	円
--------	---

1. 健診機関ごとに記入し、該当する□欄にチェックしてください。
2. ※欄は、記入しないでください。
3. この申請書にXMLデータの「作成料請求書(写)」と「領収書(写)」を添付してください。
4. この申請書は、健康診査「B方式」補助金交付申請書と合わせて管轄の本支部に請求してください。
5. 「XMLデータ」は個人情報であるため、送付は必ず書留等で送付してください。
6. パスワードを設定している場合は、別便でパスワードが記載されたものを送付してください。

令和 年 月 日提出

受付日付印