

生活習慣病健診 費用請求書

令和 年 月 日

保険証の 記号・番号	記号	番号	被保険者 氏名	
所属事業所名			所属部署名	
受診者氏名			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	昭和・平成	年 月 日 (歳)	続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族
住 所 連絡先	〒 -			
	TEL:		MAIL:	
医療機関名			受診 種別	<input type="checkbox"/> 健康診断 <input type="checkbox"/> 二次検査
受診日	令和	年 月 日 ()	健診費用	円
費 用 振込先	金融機関名		支店名	
	口座番号	普通	口座名義 (カナ)	

◆注意事項

- *①領収書の原本、② 検査結果の写し を必ず添付してください。
- *受診者をご家族の場合でも、補助金のお振込先は被保険者本人の口座に限ります。
被保険者本人名義の口座を記入して下さい。

事業主 確認印	
------------	--

常務理事	事務長	担当者

