□一 般 健 康 診 断
□生活習慣病予防健診

契約外医療機関補助金請求書

下記のとおり契約外医療機関で受診いたしましたので、補助金を請求いたします。

※ 請求金額合計 ￥＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※の箇所は記入しないで下さい。

個人番号	氏　　名	受　診　日	一人当りの支払額	※ 補助金額（健保記入欄）	備　　考
合　　計					

医療機関名		医療機関所在地	

●事業所が取りまとめて請求することについては、受診者より同意を得ていることを申し添えます。

年　　月　　日

事 業 所 記 号 ［　］［　］［　］［　］

請求者の住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

請求者の氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

振　込　み　先（請求者と振込み先は同一の名義）

銀行		店番号
		支店
預金種別	普／当	口座番号
ふりがな		
名　　義		

<注　意>

次の書類を添えてご請求下さい。

・病院に支払った領収書のコピー
・請 求 明 細 書 のコピー
・特定健診の項目を含め受診した健診結果表一式のコピー
・質　問　票（４０歳以上の方）

機缶健康保険組合