☒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	○○ 病院	医療機関所在地	東京都○○区○○町○-○-○

●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 東京都○○区○○町○-○-○

請求者の氏名 株式会社 ○○（※個人名でも可）

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	かぶしきかいしゃ ○○	
名義	株式会社 ○○	

<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