人間ドック

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）

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

機缶健康保険組合