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