

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 \yen _____

※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

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