

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。

Table with 6 columns: 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. Includes a summary row and medical institution details at the bottom.

●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。

〇〇年〇〇月〇〇日

事業所記号

〇 〇 〇 〇

請求者の住所

東京都〇〇区〇〇町〇-〇-〇

請求者の氏名

株式会社 〇〇 (※個人名でも可)

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(40歳以上の方)

Bank transfer details table including bank name (〇〇銀行), branch (〇〇支店), account type (普当), and name (株式会社 〇〇).

機缶健康保険組合