

被扶養者・特定健診費用請求書
事業所口座振込用

常務理事	事務長	係	係

・指定健診機関以外で健診を受けた方で、事業所に補助金を振り込む場合に提出

注) ① 領収書の写(2人以上の分が合計された領収書の場合は、個人ごとの額が明記されたものであること)及び健診結果の通知書(検査数値及び総合判定が記載されているもの・質問票含む)を添付すること。
② ※の欄は記載しないこと。

保険証記号								令和 年 月 日提出	
事業所の名称 事業主氏名					担当者 氏名				
						電話			
	保険証の 番号	氏名	年齢	健診を受けた機関 の名称	支払った金額	※決定額	備考		
①									
②									
③									
④									
⑤									
⑥									
⑦									
⑧									
⑨									
⑩									

※支給合計額	円
--------	---

振込先	金融機関名	支店名	種目		口座番号
			普通	当座	
フリガナ					
口座名義人					