※支払年月日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 常務理事 | 事務長 | 係 | 係 |
|  |  |  |  |

「任意継続（被保険者・被扶養者）特定健診費用請求書」

≪受診券を使用しない場合≫

令和　　年　　月　　日提出

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 任意継続  被保険者  氏名 | |  | | | | | 電　話 | | （　　　）　　－ | | | | | | | | | | |
| 特定健診費用  振込先 | | 金融機関 | | | | 支店名 | | 種目 | | 口座番号 | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | 普通　当座 | |  | | |  |  |  |  | |  |  |
| ﾌﾘｶﾞﾅ | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 口座名義人 | |  | | | | | | | |
| 保険証 の番号 | 受診者氏名 | | 年齢 | | 健診を受けた 機関の名称 | | 支払った 金額（円） | | | | ※ 決定額（円） | | | | | | 備　考 | | |
|  |  | |  | |  | |  | | | |  | | | | | |  | | |
|  |  | |  | |  | |  | | | |  | | | | | |  | | |
|  |  | |  | |  | |  | | | |  | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | 合　計 | | | | 円 | | | | | |  | | |

注）①　領収書の写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。

1. ※の欄は記載しないこと。