

※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			
	フリガナ					
	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。

② ※の欄は記載しないこと。