

特定健康診査費用立替申請書

以下の通り申請します。

添付書類：領収書（正本） 医療機関発行で、宛先が受診者または被保険者であるもの。

領収書には「特定健康診査」の費用であることを明示してください。

受診者氏名	(フリガナ)						
被保険者証	記号		番号		枝番		* 受診者の枝番を記載してください。 * 枝番の記載がない場合は不要です。
生年月日	昭 和 ・ 平 成 年 月 日						
被保険者との関係	本 人 ・ 配 偶 者 ・ そ の 他 ()						
検査医療機関							
検査日	令 和 年 月 日						
申請金額			円	特定健康診査費用のうち、医療機関窓口で立て替え払いをした金額を記載してください。			
☐ 本補助金の受領については事業主に委任します。（委任する場合は☒） 令和 年 月 日 被保険者 (健保組合使用欄)							
理事長	常務理事	事務長	健保回覧	受付	医療機関支払額	支給日	支給額