

健(検)診料支給申請書

下記の通り、健(検)診料の支給申請をいたします。

事業所	記号						
	所在地	TEL					
	名称						
	事業主名	Ⓜ					
実医療機関	所在地	TEL					
	名称						
番号	受診者名	実施費用	実施月日	※コード	支給決定額	特定	支給決定額
		特定健診分(再掲) ()				特	
		特定健診分(再掲) ()				特	
		特定健診分(再掲) ()				特	
		特定健診分(再掲) ()				特	
		特定健診分(再掲) ()				特	
		特定健診分(再掲) ()				特	
		特定健診分(再掲) ()				特	
		特定健診分(再掲) ()				特	
		特定健診分(再掲) ()				特	
		特定健診分(再掲) ()				特	
添付書類	1.健(検)診受診結果(写) 2.特定健康診査問診票(写) 3.領収書						

確認: 宛名(個人名) 自費
 東京都家具健康保険組合 殿

※ 太線内は、記入しないで下さい。

- ☆ 健診料を各種ポイントや電子マネー等で決済している場合、ポイントや電子マネーの単位から金額が明確となり、そのポイントや電子マネーを受領していることが健診医療機関が発行する文書(健診医療機関の押印あり)で証明されない限り、補助の対象とできません。証明料金がかかる場合は、自己負担となります。
- ☆ 1次健診受診者(40歳以上)は、特定健診分の費用(再掲)を記載して下さい。分からない場合は、受診した健診機関にお問い合わせ下さい。
- ☆ 添付書類はお返しできません。
- ☆ 受診日より1カ月以内に申請して下さい。(最終受付期限は実施年度の2月末日必着です。)