

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。

記号	56	番号	
被保険者所 住 所	TEL		
被保険者名 氏 名	⑩		
実 施 機 関 医 療 機 関	所在地	TEL	
	名 称		
受診者名	実施費用	実施月日	※1 コード
			支給決定額
実 施 項 目			
	特定健診分(再掲) ()		特定
	特定健診分(再掲) ()		特定
	特定健診分(再掲) ()		特定
	特定健診分(再掲) ()		特定
	特定健診分(再掲) ()		特定
振込先	銀行名	銀行	口座番号 (普) No.
	支店名	支店	※2 フリガナ 口座名
添付書類	1. 健(検)診受診結果(写) 2. 領収書(原本) 3. 特定健康診査問診票		

東京都家具健康保険組合 殿

※1 太線内は、記入しないでください。

※2 振込先は、被保険者名の口座を指定してください。

☆ 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)を記載してください。
分からない場合は、受診した健診機関にお問い合わせください。

☆ 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ください(最終受付期限は実施年度の2月末日必着です)。