組 合 使 用 欄					
支給年月日	年　　月　　日	常務理事	事務長	担 当
決済年月日	年　　月　　日			
備考				

特定健康診査 健診費用申請書

ニューオータニ健康保険組合 御 中

記号・番号	・	氏名	

下記の内容で特定健康診査を受けましたので、下記のとおり健診費用を請求いたします。

記

受診年月日　　平成　　年　　月　　日

実施医療機関名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申請金額　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿円

＊健診費用が 6,020 円を超えている場合は『6,020 円』と記入。

健診費用が 6,020 円に満たない場合はその実費を記入。

＿＿＿＿＿＿銀行　＿＿＿＿＿＿支店

口座番号＿＿＿＿＿＿＿＿　名義（ｶﾀｶﾅ）＿＿＿＿＿＿＿＿

（注）●この申請書を提出するときは以下の書類を必ず添付してください。

① 特定健診の『受診者名』『受診年月日』『健診費用』『健診施設名』が記載された領収書（原本）

② 特定健診の結果票（コピー可）

●健診費用は個人あて振込となりますので、必ず上記に指定口座を記入して下さい。