

組合使用欄				
支給年月日	年	月	日	常務理事
決裁年月日	年	月	日	事務長
備考				担当

## 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、健診費用を請求いたします。

記

受診年月日 年 月 日

実施医療機関名

---

申請金額 円

---

\* 健診費用が13,000円を超えている場合は『13,000円』と記入。  
健診費用が13,000円に満たない場合は、その実費を記入。

◎ 振込先は被保険者名義の口座をご指定ください

銀行 支店

---

口座番号NO. 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 特定健診の結果表 (コピー可)
  - ③ 問診票 (用紙は健保組合HPからプリントアウトするか、健保組合事務所又は各社総務担当課でお受け取りください)
- 健診費用は個人宛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。