

極秘

(様式扶1号)

被扶養者(任意継続被保険者・被扶養者含む)特定健康診査補助料請求書

令和4年度

年 月 日

神奈川県医療従事者健康保険組合 御中

要綱に基づき、補助料請求いたします。

※特定健康診査受診券を使って受診した方は、この請求書の提出は不要です。

健康保険被保険者証の記号・番号		—	
請求者住所	〒 —		電話 ()
請求者氏名		生年月日	昭和 年 月 日 才 平成

①と②のどちらかに○をつけてください。		補助金額	添付書類 ※すべて写しで可
①	情報提供	5,000円	パート等の勤務先で受診した結果表と質問票
②	特定健診(自費)	上限 10,000円	人間ドック等の結果表と質問票及び領収書

振込先金融機関	金融機関コード	本支店番号	預金種別	口座番号
	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 組合	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	フリガナ 預金口座名義

※振込先金融機関の欄には必ずご記入下さい。

・健診受診者もしくは被保険者名義の口座をご記入ください。

受付日付印

特定健診あり	資格チェック	決定	入力	支払額