

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2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。

※この請求書は、特定健康診査受診券を使って受診した健康診断の補助には使えません。

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	

※自署の場合は、押印が省略できます。

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