

特定検診【風しん抗体検査】費用請求書

被保険者証 の記号番号		被保険者 氏名	フリガナ	生 年 月 日	昭和 平成 年 月 日
被 保 険 者 の 現 住 所	〒 _____ TEL() - _____				
受診した者の	氏 名		生年月日	昭和 平成 年 月 日	被保険者 との続柄
	受診した機関の 名称及び所在地	名 称			
		所在地	TEL() - _____		
受 診 日	令和 年 月 日	費 用	円		

払渡希望銀行名	銀 行 信用金庫	支 店
口 座 番 号	1 普通預金 2 当座預金	口 座 名 義
		フリガナ
委任状 (被保険者以外の口座 に振込みを希望される 場合のみご記入ください)	この給付金の受領方を (住所)〒 _____ (氏名) _____ に委任する。 令和 年 月 日 被保険者 _____	

風しん抗体検査	
対 象 者	受診日当日資格を有する被保険者及び被扶養者
添 付 書 類	領収書の原本・検診内容の内訳書(領収書に明記されている場合は省略可) 及び 抗体検査結果コピー
補 助 金 額	単年度(4月～翌年3月)に1回限り、3,000円を限度としてかかった実費用
対象とする検診内容	風しん抗体検査 ※全額自己負担の場合のみ対象(クーポン券交付対象者、一部でも自治体の助成を受けた場合は対象外)

※受付日付印

神戸機械金属健康保険組合理事長 殿
令和 年 月 日提出

検診機関、医療機関 御中 領収書に検診内容の記載がない場合は、下記にご記入願います。

検診機関、医療機関記入欄	内 訳 書	
	_____ 殿 別紙領収書の内訳は下記のとおりです。	
	内 容	○を付して下さい。
	風しん抗体検査	
		検診機関・医療機関 所在地 検診機関・医療機関 名 称
※ゴム印、署名可		