

短期人間ドック費用請求書

被保険者等 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		〒 ー Tel () ー				
事 業 所 名						
受診した者の	氏 名		生 年 月 日	昭和 年 月 日	被保険者 との続柄	
	検診を受けた 医療機関の 名称及び所在地					
	検 診 日	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日	検査内容 (○を付して下さい。)	・ 日帰り ・ 2 日 ・ その他 ()		
	検 診 費 用 (消費税込)	円				
払渡希望銀行名		銀 行 支 店 信用金庫				
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	この給付金の受領方を (住所) 〒 ー					
	(氏名) に委任する。					
	令和 年 月 日 被保険者					

◎①領収書の原本②検診結果のコピー(特定健診項目は必須)③別紙「質問票(服薬歴、喫煙歴等)」を必ず添付してください。
※検診結果、質問票は事後の保健指導の抽出条件以外に利用することはありません。

◎受診日当日、当組合の資格を有する35歳以上の被保険者及び被扶養者が短期人間ドックを受診した場合、検診総費用(消費税込)の8割を(30,000円(税込)を限度として)単年度(4月～翌年3月)に一回限り支給します。

神戸機械金属健康保険組合理事長 殿

令和 年 月 日提出

* 受 付 日 付 印