特定検診【風しん抗体検査】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	〒　　－ 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**抗体検査結果のコピー**
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