

本件還付決定してよろしいか

常務理事	事務長	担 当	起案	平成 年 月 日	受 付 印
			決裁	平成 年 月 日	
還付決定金額		¥ _____			

健 診 料 還 付 申 請 書

申請日 平成 年 月 日

事業所記号	(保険証番号)	事業所名(個人で申請する場合は申請者氏名・印) ⑩
事業所所在地 (申請者住所)	〒 _____ TEL() - _____	
申 請 理 由 (○をして ください)	1. 都合で受診できなかった 2. その他()	
還 付 項 目 (該当するものに すべてに○を してください)	平成 _____ 年度分 ←必ずご記入ください 一般健診(A・B) 入社時健診 生活習慣病健診(被保険者・被扶養者) 消化器検診 事業主健診 眼底検査 便潜血(大腸) 腹部超音波 その他()	
振込希望銀行名 (申請者の口座名義)	_____銀行 _____支店 〔 普通・当座 〕 口座番号 _____ 口座名義人(申請者) ^{フリガナ} 氏 名 _____	

※申請者と振込希望銀行の口座名義は、同一としてください。

・事業所にて一括還付申請をされる場合は、名簿を作成してください。

・検査器具(便潜血)が当組合より送付済みの場合は、同封返送願います。