

本件交付決定してよろしいか					受付印
常務理事	事務長	担当	起案	平成 年 月 日	
			決裁	平成 年 月 日	
交付決定内訳				交付決定金額	
<交付金額確認> 1. 2.		<一部負担金> 被保険者(任継のみ)・被扶養者とも 1. 特定健診 1,000円 2. 特定保健指導 全額健保負担		¥ _____	

平成 年度 特定健康診査料・特定保健指導料交付申請書

平成 年 月 日請求

婦人科検診の交付申請を [含む ・ 含まない] ←どちらかに○をしてください		
保険証記号	保険証番号	申請者氏名 ①
住 所	〒 _____ TEL() - _____	
受診機関名		
受診年月	1. 特定健康診査 平成 年 月	
	2. 特定保健指導 平成 年 月 ~ 平成 年 月	
交付申請額	円 ※特定健診・特定保健指導に係る受診内容に限ります	
(備考)		
・振込希望者銀行名		銀行 支店
・当座 預金 ・普通		・口座番号 ・口座名義

※交付の対象は特定健康診査・特定保健指導に係る受診内容に限ります。
 その他の検査は全額自己負担となります。

※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。

<添付書類>

- ・受診結果通知表または保健指導計画・実施報告書
- ・特定健康診査質問票
- ・領収書(特定健康診査・特定保健指導の金額が明記されたもの)の写し