

本件交付決定してよろしいか				受 付 印
常務理事	担 当	起案	年 月 日	
		決裁	年 月 日	
交 付 決 定 内 訳			交 付 決 定 金 額	
<交付金額確認> <一部負担金> 1. 被保険者(任継のみ)・被扶養者とも 2. 1.特定健診 全額健保負担 2.特定保健指導 全額健保負担		¥ _____		

大阪府建築健康保険組合
令和_____年度 特定健康診査料・特定保健指導料交付申請書

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
住 所	〒 _____ *日中連絡先 TEL () [勤務先・自宅・携帯] ←いずれかに○をしてください	
受診機関名		
受 診 年 月	1. 特定健康診査 年 月	
	2. 特定保健指導 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)		
振込希望銀行名 (申請者の口座名義)	銀行 支店	
	<input type="checkbox"/> 当 座 <input type="checkbox"/> 普 通 ・口座番号 _____ ・口座名義 _____ <input type="checkbox"/> 総 合 (7桁まで) ↑✓を入れてください	

※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。

※申請者と振り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