

常務理事	部長	課長	係長	係

## 被扶養者特定健康診査費用請求書

令和 年度

令和 年 月 日

千葉県医業健康保険組合 様

健康保険証 記号 番号

被保険者住所 〒 —

被保険者氏名 (印)

電話番号 ( ) —

下記のとおり特定健康診査を受診したので請求いたします

種 目	件 数	合 計
特定健康診査	件	円
※決定欄	件	円

※決定欄には記入しないでください

振込口座	銀行				支店
種 別	普 ・ 当	口座番号			
(フリガナ)					
口座名義					

- ※添付書類・・・ ① 領収書(受診者本人の名前が記載された原本)  
② 別紙の「特定健診内容表」を添付してください  
③ 振込指定口座が被保険者以外の場合は、必ず下欄の押印欄に押印をしてください

※受診年度において40歳以上75歳未満の被扶養者が支給対象です

※この請求書で委任状を兼ねます

### 被扶養者特定健康診査費用請求明細書

	被扶養者氏名	押印	性別	生年月日	年齢	実施年月日
1			男 ・ 女	昭和 年 月 日		令和 年 月 日
2			男 ・ 女	昭和 年 月 日		令和 年 月 日
3			男 ・ 女	昭和 年 月 日		令和 年 月 日
4			男 ・ 女	昭和 年 月 日		令和 年 月 日
5			男 ・ 女	昭和 年 月 日		令和 年 月 日