

健診（検診）費用振込み依頼表

申 請 日	年 月 日								
申 請 内 容 (受診内容を記入してください)	◆乳がん検診 ◆子宮がん検診 ◆被扶養者健診 ◆各種精密検査()◆その他()								
記 号	番 号								
申請者名 (被保険者名)	(漢字)								
(注1) 口座名義 (被保険者名)	(カナ)								
(注2) 銀 行 名	(フリガナ) 銀行、信用金庫、 農協								
支 店 名 (統合等で変更がないか確認下さい)	(フリガナ)								
預金種目 (どちらかを○で囲む)	1・普通 2・当座								
口座番号 (7桁以内の数値)	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>								

※健保が取り扱う口座名義は被保険者のみです。

※健保事務の関係上、郵便局（ゆうちょ銀行）は取り扱いできません。

【請求方法】

- (1) 健保事業の健診（検診）を受診され、受診費用を立て替えて支払われた場合、
 - ① 領収書（原本）
 - ② 健診（検診）結果
(精密検査で検診結果が無い場合は医師から確認した結果を、本人が記載したものでも可)
 - ③ 健診（検診）費用振込み依頼表
を併せて、椿本チエイン健康保険組合（藤原）までお送りください。
- (2) 当月15日頃までに健保に到着した場合は、当月月末に上記の指定口座に振込みいたします。