

本件還付決定してよろしいか

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

健 診 料 還 付 申 請 書

申請日 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)							
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 (該当するものすべてに ○をしてください)	<u> </u> 年度分 ←必ずご記入ください 一般健診 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(大腸がん検査) 一次超音波検査 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・総合 口座番号 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> <small>いずれかに○をしてください</small> 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。