本件交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	

交付決定内容	交付決定金額
＜交付金額内訳＞　＜基準単価＞ 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　日申請

婦人科検診の交付申請を［ 含む ・ 含まない ］←いずれかに〇をしてください

事業所記号	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〕←いずれかに〇をしてください	
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 ～　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 □当座 □普通 □総合 ↑✓を入れてください ・口座番号 ・口座名義 ※申請者と同一に限る (カタカナ)	

※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

〇申請書は原本をご提出ください。

組合記入欄

健診結果書確認済み	印