（ 遠隔地-個人用 / 用紙Ｃ ）

用紙C 記入例

年　月　日

請　求　書

東京港健康保険組合　殿

下記のとおり、ご請求申しあげます。

※振込先は原則被保険者です。
※受診者が被扶養者であっても、請求者と振込先は被保険者になりますのでご注意ください。

請求金額　**１８，７００**　円

被保険者証	記号 **123**　番号 **123**　被保険者 ・ 被扶養者（○）
（フリガナ）	トウキョウ　ハナコ
受診者名	**東京　花子**
生年月日	（○）昭和・平成　**30** 年　**11** 月　**28** 日　**50** 歳

	健診項目	補助金額	備　考
内訳	定期健康診断Ａ		
	生活習慣病予防健診	**18700**	**○年○月○日 ○○クリニック受診分**
	１日人間ドック		
	１泊人間ドック		
	合計金額	**18700**	

請求者（被保険者）	住　所	〒 ○○○ － ○○○○ **東京都港区○○町2-2** 電話　○○　（○○○）　○○○○				
	氏　名	**東京　太郎**				
振込先（被保険者名義）	銀行名	☆☆☆　銀行	☆☆☆　支店	支店コード	1	2 3
	口座番号	（○）普通 ・ 当座	0 1 2 3 4 5 6			
	（フリガナ）口座名義人	トウキョウ　タロウ **東京　太郎**				

※　オプション検査は補助対象外となります。

申請期限
受診日の属する年度の翌年７月31日までです。 ※以降は受け付けません。