

確認印			
-----	--	--	--

家族・任継者健診費用請求書
(医療機関受診)

HOYA健康保険組合 御中

令和 年 月 日

任継者・家族健診費用として、下記のとおり領収書を添えて請求いたします。

フリガナ		健康保険 記号番号	記号		番号	
被保険者氏名 (社員本人)		電話番号	— —			
受診者氏名		被保険者との続柄				

請求金額						円
------	--	--	--	--	--	---

* 上限の20,000円(税込)を超過する場合、20,000円と記入して下さい。

注意事項

- * 請求書は、令和7年12月31日までにご提出ください(当日消印有効)
- * 立替え費用(請求額)は、会社経由にてお支払いします(健保組合からの直接の振込はありません)
- * 健康保険記号番号が不明の場合は、①マイナポータル ②資格情報のお知らせ ③資格確認書(健康保険証)のいずれかでご確認下さい。詳しくは、「家族および任継者健診の実施について」の4番をご確認ください。

家族・任継者健診費用領収書

令和 年 月 日

様

領収金額						円
------	--	--	--	--	--	---

健診料として、上記の金額を領収しました。

医療機関住所

医療機関名称

* 別に領収書を発行するときは、この領収書欄の記入は必要ありません。

この欄は被保険者が記入して下さい

この欄は医療機関に記入していただいで下さい