

確認印			
-----	--	--	--

任継者・家族健診費用請求書 (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		健康保険証	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5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、任継加入時に記入の口座へお支払いします。別の振込先を希望される場合は振込先を記入してください。

振込先	名義人 (被保険者)					
	銀行名	銀行コード	支店名	支店コード	口座種別	口座番号
					普通	

任継者・家族健診費用領収書 様

令和 年 月 日

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