



## 保健事業 費用請求書

【申請者(被保険者)】

記入日: 年 月 日

保険証	記号		被保険者 氏 名	
	番号			
事業所名 (会社名)	現住所			連絡先TEL

該当する番号に○と受診状況のご記入をお願いします。  
☆必ず医療機関支払時の領収書原本を添付してください。

【請求項目】(任意継続被保険者用)

1.	インフルエンザ予防接種	2.	婦人科検診(乳がん・子宮がん)	3.	その他( )検診
----	-------------	----	-----------------	----	----------

【受診状況】

受診者名	続柄	受診日	医療機関名	支払い額
		年 月 日		円
		年 月 日		円
		年 月 日		円

ボッシュ健康保険組合 記入欄 (記入しないで下さい)	
支給 決定額	円

この欄は委任する場合のみ記入してください。 年 月 日

※申請者(被保険者)と違う振込先の場合 申請者  
また事業所等で立替払いをしている時も記入してください。 (被保険者)の氏名  
請求金額の受領を 代理人の氏名  
に委任する。 (振込先者氏名)

健康保険組合支給決定額(負担金) 銀行振込口座(必ずご記入してください。)

銀行名/コード	支店名/コード	銀行/	支店/
預金種目・口座番号		普通・当座	口座番号
フリガナ			
口座名義			

ご記入頂いた個人情報は、当組合が健康保険法及び関係通達等に則り正しく又公平に事業運営を行うために収集するものです。これ以外の目的で個人情報を利用又は第三者提供を行うことはありません。また記入内容についてお尋ねしたり、必要に応じて別途証憑書類を提出していただくことがあります。この個人情報のお取り扱いについてのお問い合わせや開示請求等は、ボッシュ健康保険組合 総務課(電話 0493-22-0890)までご連絡ください。  
※ 個人情報の取り扱いについてはホームページ「個人情報保護方針」もご覧ください。