

健康保険組合		
常務理事	事務長	担当者

## 「特定保健指導」および「重症化予防保健指導」に係る交通費申請書

所属	【会社名】	〇〇	【事業所名】	〇〇営業所
	【室・課等】	〇〇部 〇〇グループ		

被保険者番号	5678901	氏名	健保 太郎
--------	---------	----	-------

出張先	〇〇支社	出張要件	保健指導
-----	------	------	------

出張日	〇〇年 〇〇月 〇〇日
-----	-------------

※交通費は実費を記入して下さい。

交通機関	区間		往復区分	運賃	小計
南海	今宮戎	住之江	往復	200	400
合計					400

「片道」か「往復」を  
記入して下さい。

## 「特定保健指導」および「重症化予防保健指導」に係る交通費振込先同意書

関西電力健康保険組合 御中

振込銀行	大阪	銀行	中之島	支店
預金種別	普通(総合)預金	当座預金	(いずれかを○で囲んで下さい)	
口座番号	1234567			
フリガナ	ケンポ タロウ			
口座名義	健保 太郎			

「特定保健指導」および「重症化予防保健指導」に係る旅費を申請しますので、上記の預金口座へお振込みください。

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

氏名 健保 太郎

※ご記入いただいた個人情報は、当該の利用目的以外には使用いたしません。