

| | | |
|--------|-----|-----|
| 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】 _____ | 【事業所名】 _____ |
| | 【室・課等】 _____ | _____ |

| | | | |
|--------|--|-----|--|
| 被保険者番号 | | 氏 名 | |
|--------|--|-----|--|

| | | | |
|-----|--|------|------|
| 出張先 | | 出張要件 | 保健指導 |
|-----|--|------|------|

| | |
|-----|-------|
| 出張日 | 年 月 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 |
|------|-----|----------|----|-----|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 合 計 | | | | |

「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 | 銀行 | 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 | | |
| フリガナ | | |
| 口座名義 | | |

「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 年 月 日

氏 名 _____

※ご記入いただいた個人情報、当該の利用目的以外には使用いたしません。