

(別紙3様式)

健康保険組合		
常務理事	事務長	担当者

事業主側経由所属		
長	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	出張用件	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	車船賃	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 \_\_\_\_\_ 印

※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。

(令和元年5月)