

健康管理手帳所持者に対する受診旅費の支給について

北海道労働局労働基準部健康課

健康管理手帳による健康診断受診に要した旅費が一定の要件を満たした場合は支給されます。該当される方は下記により請求して下さい。

1 支給の範囲

- (1) 健康管理手帳所持者が、健康管理手帳制度による健康診断を委託医療機関で受診した際に、**最も経済的な通常の経路及び方法**により旅行した場合の交通費と宿泊料が支給対象です。
- (2) 交通費は、受診者及び付添人が**バス・JR等の交通機関**(ハイヤー・タクシー等は除きます。)を利用して、居住地と**最寄りの委託医療機関**を往復するための普通運賃旅費等です。**(最寄りの委託医療機関以外での受診や特急料金等は支給されません。)**
- (3) 自家用自動車を使用した場合は、最寄の委託医療機関を往復に要した距離(その距離に1キロメートル未満の端数が生じた場合には、切り捨て。)に応じて、走行1キロメートルにつき37円で算定した額です。今後、変更されることもあります。
- (4) 健康上の理由から健康診断の受診に付添人が必要とされる場合に、付添人の旅費も支給されますので、付添人が必要な場合には、「健康管理手帳による健康診断受診に係る付添申請書」に所定事項を記載して提出してください。
- (5) 宿泊料は地理的事情により宿泊の必要が認められる場合に限り、1夜につき6,600円を限度(2泊以上の宿泊を要する特段の事情がない限り1泊に限る)として実費を支給しますので、請求の際には必ず領収書を添付してください。ただし、車中泊、親戚・友人宅等の実費支払いが伴わない宿泊料は認められません。

2 請求手続き

- (1) 健診受診後、「健康管理手帳に係る健康診断受診旅費請求書」に所定事項を記載して、健診受診後、下記(6)あて提出してください。
- (2) 旅費の支払いは、銀行振込に限定されていますので、口座番号等は必ず記入してください。
- (3) 請求書の訂正は、請求者の印鑑で訂正してください。
- (4) 請求書は委託医療機関の窓口にあります。なお、添付の様式をコピーしても結構です。
- (5) 医療機関から受信内容を確認した後に手続きをとりますので支払い迄に2月程度かかることがあります。なお、旅費予算には限りがあり、当年度の予算枠を超えた場合には、支払時期が次年度にずれ込む場合がありますので、ご容赦の程お願い申し上げます。

(6) 請求書の提出先・照会先

〒060 - 8566

札幌市北区北8条西2丁目1 - 1 札幌第1合同庁舎

北海道労働局労働基準部健康課

電話番号(011) 709 - 2311

健康管理手帳に係る健康診断受診旅費請求書

北海道労働局長 殿

私は、_____（病院名）において、平成____年____月____日に実施された健康診断を受診したので、下記交通費のとおり、その受診旅費を請求します。

付添人 有・無

請求年月日：平成____年____月____日

(ふりがな) 氏名	印
住所	〒 -
電話番号	
健康管理手帳番号	

(ふりがな) 振込先口座名義人			
振込先銀行名	銀行 信用金庫 組合 農協	本店 支店 出張所	
預金種別	普通・当座	口座番号	第 号

交通機関利用月日	利用交通機関名	区間	交通費
月 日		-	円
月 日		-	円
月 日		-	円
月 日		-	円
記載例 月 日	(付添人有の場合)	駅 - 駅	本人 円 付添人 円
記載例 月 日	自家用自動車	自宅 - 病院 (往復 20.6km)	37円 × 20km = 740円

(注意)

- 公共交通費は普通乗車運賃のみ支給いたします。
- 自家用自動車を使用した場合、受診に要した距離を区間とともに記載してください。距離に応じて支給いたします。(往復距離を合計して1km未満の端数が生じた場合は切り捨てた上、1km 当たり 37 円で換算してください。)
- 受診旅費の請求は健康診断の受診の都度請求してください。
- 健康診断を受けるのに宿泊が必要と考える場合は、北海道労働局健康課までご照会ください。なお、請求する場合は、必ず領収書を添付してください。
- 受診旅費の受領は銀行の口座振り込みに限定されます。(ゆうちょ銀行の場合、記号と番号を記入してください。)
- ご不明な点などお尋ねになりたいことがありましたら、北海道労働局健康課(電話 011-709-2311)へご照会ください。

健康管理手帳による健康診断受診に係る付添申請書

私 _____ は、健康管理手帳による健康診断の受診に際し、

_____ のため、
病名、体調不良の状況等をご記載ください。

付添人として

_____ 続柄(_____) を

必要としますので申請いたします。

北海道労働局長 殿

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

健康管理手帳所持者 _____ ④