

健康管理手帳に係る健康診断受診旅費請求書

_____労働局長殿

私は、_____（病院名）において、_____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。

請求年月日：_____年_____月_____日

(ふりがな) 氏名	
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
※ <u>ゆうちょ銀行</u> の場合は次も記入してください。 ⇨		記号 (5桁)	番号 (8桁)

交通機関利用月日	利用交通機関名	区間 (自家用自動車の場合、 区間と距離を記載)	交通費
月 日		—	円
月 日		—	円
月 日		—	円
月 日		—	円
月 日		—	円

(注意)

1. 公共交通費は普通乗車運賃のみ支給いたします。
2. 自家用自動車を使用した場合、受診に要したとされる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。
3. 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。なお、請求書は受診した日から一週間以内に提出してください。
4. 健康診断を受けるのに宿泊が必要と考える場合は、所轄の労働局へ照会して下さい。なお、請求する場合は、必ず領収書を添付してください。
5. 受診旅費の受領は銀行の口座振り込みに限定されます。
6. 不明な点でお聞きになりたいことがありましたら、所轄の労働局へ照会してください。