

健康管理手帳に係る健康診断受診旅費請求書

神奈川県労働局長 殿

私は、_____において、令和____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：令和____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 農 協 組 合	本 店 支 店 出張所 <div>□□□□□□</div> (記号 5 桁 ゆうちょのみ)	
預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	第 号

交通機関利用 年月日	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
月 日			合計 円

- (注意)
- 1. 交通費は普通乗車運賃のみ支給いたします。
 - 2. 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。
 - 3. 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。
 - 4. 受診旅費の受領は銀行の口座振り込みに限定されます。
 - 5. 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。