

## 健康管理手帳に係る健康診断受診旅費請求書

神奈川労働局長 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	(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がありましたら、所轄の労働局へ照会してください。