様式第４号　　《　記　載　例　１　》（電車・バス等を使用した例）

健康管理手帳に係る健康診断受診旅費請求書

静　　岡　　労働局長殿

私は、　○　○　（病院名）　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	ろう　どう　た　ろう 労　働　太　郎
住所	〒　４２４－００４４ 静岡市清水区○○町４５６－７８
電話番号	０５４－１２３－４５６７
健康管理手帳番号	「手帳の種類」　２２－１２３

（ふりがな） 振込先口座名義人	ろう　どう　た　ろう 労　働　太　郎		
振込先銀行名	○　○　○　○　銀行・信用金庫・農協・組合		本店・○　○　○　支店・出張所 □□□□□（ゆうちょ銀行の場合記号５桁）
預金種別	普通　・　当座	口座番号	第　０１２３４５６７　号

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	ＪＲ東海	清水駅　－　静岡駅	２４０円
○○月　○○日	静鉄バス	静岡駅　－　○○病院	２４０円
○○月　○○日	静鉄バス	○○病院　－　静岡駅	２４０円
○○月　○○日	ＪＲ東海	静岡駅　－　清水駅	２４０円
月　　日		－	円
月　　日		－	円
月　　日		－	円
合　　計			９６０円

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。
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、静岡労働局へ照会してください。