

健康管理手帳に係る健康診断受診旅費請求書

静岡 岡 労働局長殿

私は、〇 〇（病院名）において、令和〇〇年〇〇月〇〇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：令和〇〇年〇〇月〇〇日

（ふりがな） 氏名	ろう どう た ろう 労 働 太 郎
住所	〒 4 2 4 - 0 0 4 4 静岡市清水区三保4 5 6 - 7 8
電話番号	0 5 4 - 1 2 3 - 4 5 6 7
健康管理手帳番号	「手帳の種類」 2 2 - 1 2 3

（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	〇 〇 〇 〇	銀 行 信用金庫 農 協 合 組 合	本 店 〇 〇 〇 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 0 1 2 3 4 5 6 7 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
〇〇月 〇〇日	自家用自動車	三保 - 〇〇病院 (19.6km)	円
〇〇月 〇〇日	自家用自動車	〇〇病院 - 三保 (19.6km)	円
月 日		—	円
月 日		—	円
月 日		—	円
合 計			39km×16円 =624円

注意

1. 交通費は往復の走行km数（端数切捨）×16円です。自家用車の実費等を請求する場合は、領収書を添付してください。
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。