

健康管理手帳に係る健康診断受診旅費請求書

独立行政法人鉄道建設・運輸施設整備支援機構 殿

私は、_____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	

振込先銀行名	銀行 信用金庫 農協 農組	本店 支店 出張所
預金種別	普通 ・ 当座	口座番号 第 _____ 号

※口座の確認のため、通帳の写しを添付して下さい。

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
受診旅費 (合計)			円

(注意)

- 公共交通費は普通乗車運賃のみ支給いたします。(タクシーをご利用の場合は、支給できません。)
- 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。(1 km 37 円)
- 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。
- 健康診断を受けるのに宿泊が必要と考える場合は、当機構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。
- 受診旅費の受領は銀行の口座振り込みに限定されます。
- 不明な点でお聞きになりたいことがありましたら、当機構へ照会してください。

健康管理手帳に係る健康診断受診旅費請求書

独立行政法人鉄道建設・運輸施設整備支援機構 殿

私は、■ ■ 病院において、2019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：2019年 ● 月 ▲ 日

(ふりがな) 氏名	こ う の い ち ろ う 甲 野 一 郎
住所	(〒000-0000) 東京都〇〇区〇〇〇〇丁目〇番〇号
電話番号	電話 〇〇 (〇〇〇〇) -〇〇〇〇
健康管理 手帳番号	1 3 - 3 4 5 6

振込先銀行名	 銀 行 信 用 金 庫 農 協 合 組	 本 店 支 店 出 張 所	
預金種別	普通・当座	口座番号	第 0 1 2 3 4 5 6 号

※口座の確認のため、通帳の写しを添付して下さい。

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	■ ■ バス	〇〇前-△△駅前	往復 400円
月 日	JR●●	△△-□□□	往復 800円
月 日		-	円
月 日		-	円
月 日		-	円
受診旅費 (合計)			1,200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。(タクシーをご利用の場合は、支給できません。)
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。(1km 37円)
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、当機構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。
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、当機構へ照会してください。