

# 東京都島嶼部在住者に対する人間ドック利用に伴う旅費申請書

**<受診者情報>**

申請年月日

年

月

日

<b>フリガナ</b>			
<b>受診者氏名</b>			被保険者との続柄
<b>受診者の生年月日</b>	年	月	日
<b>受診者連絡先</b>	<small>※被保険者である場合は記入不要</small>		
<b>健診受診日</b>	年	月	日
<b>確認事項</b> (被保険者が受診者の場合はご回答ください。)	単身赴任者ではありません (確認後に右欄にレ点チェックをお願いします。)	<input type="checkbox"/>	
	会社の出張旅費は支給されていません (確認後に右欄にレ点チェックをお願いします。)	<input type="checkbox"/>	

**<旅費内訳>**

<b>往路</b>	乗車年月日			
	年	月	日	
	<b>交通機関</b>	グレード(等級)	往路運賃	
	往路区間(発着場所)	~	円	
<b>復路</b>	乗車年月日			
	年	月	日	
	<b>交通機関</b>	グレード(等級)	復路運賃	
	復路区間(発着場所)	~	円	
<b>宿泊</b>	宿泊年月日			
	年	月	日	
	<b>宿泊の有無</b> (宿泊費は限度額10,000円までの実費)	有	無	
<b>備考</b>				

**<申請額>**

<b>交通費</b> (往路復路の合計)	<b>宿泊費</b> (限度額10,000円までの実費)	<b>申請額合計</b>
円	円	円

**<被保険者情報>**

<b>所属事業所名</b>			
<b>被保険者証</b> (記号・番号)	記号	番号	
<b>フリガナ</b>			
<b>被保険者名</b>			
<b>被保険者連絡先</b> (内線)		<b>被保険者連絡先</b> (外線番号)	

**<支給決定額> ※健保記入枠**

<b>交通費</b> (往路復路の合計)	<b>宿泊費</b> (限度額10,000円までの実費)	<b>支給決定額</b>
円	円	円

《送付先》

郵送：〒116-8550 東京都荒川区東尾久5-31-11 東京電力健康保険組合 健診担当 宛

社内便：東京電力健康保険組合 東尾久ビル内 健診担当 宛