

様式第 1 号

健康管理手帳所持者に係る健康診断費請求書

_____ 労働局長殿

請求金額					千			円
------	--	--	--	--	---	--	--	---

ただし _____ ほか _____ 名に対する健康管理手帳に係る健康診断費
内訳は次のとおり

健康診断の種類	内訳書添付枚数	健康診断費請求額
	枚	円
	枚	円
	枚	円
	枚	円
	枚	円
	枚	円

上記の健康診断費は、下記口座へ振り込んでください。

(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	
預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	第 _____ 号

上記の金額を請求します。
平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

請求人の（委託医療機関） _____

責任者氏名 _____ 印

電話番号 (_____) - _____

- 注) 1 請求金額の頭部には、「¥」の文字をつけてください。
2 健康診断の種類欄には、ベンジジン、ベーターナフチルアミン、じん肺、クロム酸等、砒素、コールタール、ビス（クロロメチル）エーテル、ベリリウム、ベンゾトリクロリド、塩化ビニル、石綿若しくはジアニシジン又は船員じん肺若しくは船員石綿の別を記入してください。