様式第１号（第５条関係）

決裁	事務局長	事務局次長	担当者	処理者

箕面市勤労者互助会総合健診補助金請求書

年　　月　　日

箕面市勤労者互助会
会　　長　　殿

会員コード　□－□□□□－□□□□□

（フリガナ）
事業所名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

会員住所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（フリガナ）
会員氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　㊞

次のとおり総合健診を受診したので、受診料払込の領収書を添えて補助金の請求をします。

記

１．生　年　月　日　＿＿＿＿＿＿年＿＿＿＿＿＿月＿＿＿＿＿＿日

２．健 診 機 関 名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

３．健 診 の 種 類　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

４．受　　診　　日　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

５．受診料（実際に支払われた自己負担分）　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

６．加入健康保険名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

なお、審査の上、箕面市勤労者互助会から支給される総合健診補助金は、下記の私名義の口座へ振り込みして下さい。

銀　行　名	支　店　名	種別	口座番号	口　座　名　義
		１普通 ２当座		

※ 補　助　額	円	※ 備 考	

（注）※印欄は記入しないで下さい。