

	事務局長	事務局次長	担当者	処理者
決 裁				

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		※ 備 考	
------------	--	----------	--

(注) ※印欄は記入しないで下さい。