

池田市勤労者互助会 健康管理補助金請求書

年 月 日

池田市勤労者互助会 御中

事業所名 _____

事業所番号 _____ 会員住所 _____

会員番号

--	--	--	--	--

 会員氏名 _____ ⑩

(生年月日 年 月 日生 歳)

下記のとおり受診したので、関係書類を添えて補助金を請求します。

記

- 1 補助金額 _____ 円
- 2 受診科目 人間ドック 生活習慣病予防検診
- 3 受診年月日 _____ 年 月 日
- 3 医療機関名 _____
- 4 受診費用 _____ 円
- 5 受取方法 口座振込

下記の口座に振込み願います。

金融機関名	支店名	種別	口座番号	口座名義人
		普通 ・ 当座		カガナ

<事務局処理欄> ※記入しないで下さい

決 裁		
理事	事務局長	担当

受 付	労働協会申請	振込手配	振込日	通知書発送
/	/	/	/	/