

決	理事	局長	担当者	受付
裁				

池田市勤労者互助会健康管理補助金請求書

平成 年 月 日

池田市勤労者互助会 御中

事業所名 _____

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 平成 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 ・ 当		カガナ