

* この申請書は、契約健診機関以外で受健の場合のみ必要です。

伺	常務理事	総務部長	業務部長	課長	係長	主任	係	年度区分	8年度
								科目	5・1・4
決裁年月日	令和 年 月 日			支払金額	円				
支給年月日	令和 年 月 日			支払方法	現金 ・ 振込				

生活習慣病予防健診補助金申請書				<input type="checkbox"/> 一次健診 <input type="checkbox"/> 二次健診
実施人数	人	備考		
<p>上記の通り実施しましたから補助金を申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">事業所記号 ()</p> <p style="text-align: right;">事業所名</p> <p style="text-align: right;">事業主名</p> <p style="text-align: center;"><small>④受領方法を現金で希望される場合は、事業主代表者印を捺印してください。</small></p> <p style="text-align: center;">任意継続者の方は 被保険者氏名 _____ 連絡先 _____</p> <p>大阪織物商健康保険組合 理事長殿</p>				
受領方法	<input type="checkbox"/> 現金	<input type="checkbox"/> 振込	下記振込金融機関名等ご記入ください。 ※被保険者の個人口座への振込はいたしません。(任意継続被保険者を除く)	
振込金融機関名		口座預金種別	預金口座名義人の氏名	
銀行	店	普通 ・ 当座	(フリガナ)	
金庫	支店			
組合	出張所	預金口座番号		

* 太枠内のみ記入してください。