

* 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	6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		
上記の通り実施しましたから補助金を申請します。 令和 年 月 日 <div style="text-align: right;"> 事業所記号 () 事業所名 事業主名 <small>(任意継続者の場合は、被保険者氏名)</small> _____ </div> <p style="text-align: right; font-size: small;">⑨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。</p>				
大阪織物商健康保険組合 理事長殿				
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。 <small>※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)</small>		
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	店番号	普通 ・ 当座	(フリガナ)
金庫	支店		預金口座番号	
組合	出張所			

- * 太枠内のみ記入してください。
- * 健診結果・領収書を添付してください。(コピー可)
- * 生活習慣病予防健診申込書と一緒に提出してください。