交　付　金　額
（　　円×　　人） 円

上記欄は記入しないでください

健診データ提供料申請書

令和　　年　　月　　日

大阪府貨物運送健康保険組合　殿

会 社 名

所 在 地

T　E　L

担当者名

下記のとおり健診データ提供料の申請をいたします。

記

1. 受 診 日　　令和　　年　　月　　日

2. 医療機関名　　（　　）

・事業所記号（　　）

保険証番号	氏　　名	年齢	保険証番号	氏　　名	年齢

助成金の振込先

金融機関	銀行　　支店
	（　当座　・　普通　）口座番号
口座名義	フリガナ

※申請書には健診結果(写)、特定健診質問票、領収書または振込書（支払いが確認できる書類）の写しを添付してください。

※健保組合に提供いただいた健診結果は、健康保険法第 150 条の規定により、皆さまに寄与する事業に活用いたします。

保険証番号	氏　　名	年齢	保険証番号	氏　　名	年齢