

--	--	--	--	--

起案年月日	平成 年 月 日	支給決定額								円
-------	----------	-------	--	--	--	--	--	--	--	---

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。

健診助成金(事後)申請書

大阪府貨物運送健康保険組合

記号		事業所名	
所在地	〒	電話	
事業所担当者名		F A X	
健診医療機関名			

上記医療機関にて受診いたしましたので健診結果表と領収書の写しを添付し、健診助成金の交付申請をいたします。

番号	受診者名	年齢	続柄	性別	受診日	健診内容	助成金額

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	

