健診利用申込および助成金申請書

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				

● この健診結果は、健康保険法第 150 条の規定により、皆さまの健康に寄与する事業に活用します。

● 下記のとおり健診利用申込および助成金の交付申請をします。

・下記受診者は、健診結果表につきまして大阪府貨物運送健康保険組合に提出し、健康づくり事業のため、事業所と共有することに同意していることを確認しています。

番号	受 診 者 名	年齢	続柄	性別	受診日	健　診 内　容	契約料金 (税別)	助成金額
助 成 金 合 計 金 額								円

上記のとおり受診がありましたので、受診者本人の同意により健診結果表を添付のうえ、別添請求書により健診助成金相当額を請求します。

令和　　年　　月　　日

医療機関名

大阪府貨物運送健康保険組合　保健事業係　℡ 06(6965)4056

番号	受 診 者 名	年齢	続柄	性別	受診日	健　診 内　容	契約料金 (税別)	助成金額