

--	--	--	--	--

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

