


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。

