

年 月 日

常務理事	事務長	課長	課長代理	課員

支給決定額		¥	
算出基礎	本人 @7,000	×	名 = 円
	本人 @	×	名 = 円
	家族 @7,000	×	名 = 円
	家族 @	×	名 = 円

生活習慣病健診補助金請求書

大阪府石油健康保険組合 様

下記のとおり補助金を請求します。

住 所
氏 名
連絡先 TEL.

記

記号	999				
番号	受診者氏名	続柄	年齢	健診機関名	健診料 (消費税込)
		本人 家族			

※ 私は本請求書に基づく給付金に関する受領を _____ に委任します。 (印)

振 込 先 銀 行 口 座		
銀行	本店 普通・当座	口座番号
信金	支店	口座名義

- ◎必ず領収書及び健診結果を添付してください。
- ◎事務処理の関係上、1月31日までにご請求ください。
- ◎補助金支給対象者は、受診当日に35歳以上の被保険者と被扶養者に限ります。