

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 @4,000	×	名 = 円
	本人 @	×	名 = 円
	家族 @4,000	×	名 = 円
	家族 @	×	名 = 円

一般健診(35歳未満)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			
		本人 家族			
		本人 家族			
		本人 家族			
		本人 家族			
		本人 家族			
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、35歳未満の被保険者と被扶養者に限ります。