

健 保 使 用 欄				
常務理事	事 務 長	課 長	課長代理	課 員

健保使用欄		年	月	日	
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			
		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歳以上の被保険者と被扶養者に限ります。