

| | | | | | |
|-------------------------------------------------------------|-----|----|----|----------|-----|
| 本件交付決定してよろしいか | | | | | 受付印 |
| 常務理事 | 事務長 | 担当 | 起案 | 平成 年 月 日 | |
| | | | 決裁 | 平成 年 月 日 | |
| 交付決定内容 | | | | 交付決定金額 | |
| <交付金額内訳> <基準単価> ・子宮がん検診 1,500円 以内 ・乳がん検診 1,500円 以内 | | | | ¥ _____ | |

大阪府建築健康保険組合
平成 年度 婦人科検診料補助金交付申請書

平成 年 月 日 請求

| | | |
|-------------------|------------------------|------------------------------|
| 事業所記号 | (保険証番号) | 事業所名(個人で申請する場合は申請者氏名・印) ⑩ |
| 事業所所在地 (申請者住所) | 〒 _____ TEL() - _____ | |
| 実施機関名 | | |
| 実施年月 | 平成 年 月 ~ 平成 年 月 | |
| 実施人数 | 計 _____ 人 (名簿を添付のこと) | |
| 交付申請額 | _____ 円 | |
| (備考) | | |
| 振込希望 銀行名 | 銀行 | 支店 |
| | ・当座 ・普通 預金 | ・口座番号 |

<添付書類>

受診者名簿 ・ 受診項目一覧表 ・ 検診結果書の写し
 領収書(振込通知書・ATMの利用明細書等でも可)の写し ・ 請求明細書があればその写し

※申請者と振込希望銀行の口座名義は、同一としてください。