

| | | | | | |
|---|-----|----|-------------|-----|--|
| 本件交付決定してよろしいか | | | | 受付印 | |
| 常務理事 | 担 当 | 起案 | 年 月 日 | | |
| | | 決裁 | 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> 12,400円 以内 ※交付対象額から一部負担金(5,000円)を 差引いた金額をもって算定します | | | ¥ _____ | | |

大阪府建築健康保険組合
令和_____年度 生活習慣病健診料交付申請書

年 月 日申請

| | | |
|--|--|--------------------------|
| 婦人科検診の交付申請を [含む ・ 含まない] ←いずれかに○をしてください | | |
| 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) |
| 事業所所在地 または 申請者住所 | 〒 _____ *日中連絡先 Tel () [勤務先・自宅・携帯] ←いずれかに○をしてください | |
| 実施機関名 | | |
| 実施年月 | 年 月 ~ 年 月 | |
| 実施人数 | 計 _____ 人 (複数の場合は名簿を添付のこと) | |
| 交付申請額 | 円 | |
| (備 考) | | |
| 振込希望銀行名 (申請者の口座名義) | 銀行 支店 | |
| | <input type="checkbox"/> 当 座 <input type="checkbox"/> 普 通 <input type="checkbox"/> 総 合 ↑✓を入れてください | ・口座番号 (7桁まで) ・口座名義 |

<添付書類>

受診者名簿及び受診項目一覧表 ・ 特定健康診査質問票(40歳以上)
 健診結果書の写し ・ 請求明細書があればその写し
 領収書の写し [振込通知書・ATMの利用明細書等でも可。
 ネット振込みの場合は振込日以降に出力した控え]

組合記入欄

| | |
|-----------|---|
| 健診結果書確認済み | 印 |
|-----------|---|

※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。