

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> <table border="0" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>&lt;基準単価&gt;</td> <td></td> </tr> <tr> <td>20,000円 以内</td> <td></td> </tr> </table>				<基準単価>		20,000円 以内		¥ _____		
<基準単価>										
20,000円 以内										

**大阪府建築健康保険組合**  
**令和\_\_\_\_\_年度 人間ドック健診料交付申請書**

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。