

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> ・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
令和__年度 婦人科検診料補助金交付申請書

年 月 日申請

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 (申請者住所)	〒 () [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 (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
	<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 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
		・口座名義 <input type="text"/>

<添付書類>

受診者名簿及び受診項目一覧表 ・ 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。