№

吹田市勤労者福祉共済人間ドック補助申請（請求）書兼口座振込依頼書

令和　　年　　月　　日

吹　田　市　長　あて

申請（請求）者住所

申請（請求）者氏名　　　　　　　　　　 　　㊞

下記のとおり、吹田市勤労者福祉共済による人間ドック補助について申請します。補助決定後は請求金額を下記の口座に振り込んでください。

同一印で押印　スタンプ印・シャチハタ不可

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | | | 捨　印 |
| 被共済者番号 |  | 受診日 | 令和　　年　　月　　日 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **振込先口座※** | | | |  |
| 申請及び　請求金額 | **\４，０００－** | | |  |
| 銀行名 | 銀　行  信用金庫 | 口座番号 |  |
|
| 支店名 | 支店 | フリガナ |  |
|
| 預金種別 | 普通・当座 | 口座名義 |  |
|

※　上記口座へ初めて振込依頼をする場合は、必ず通帳等（金融機関名・支店名・預貯金種別・

口座名義・口座番号を確認できるもの）の写しを添付してください。

添付書類　　指定の受診機関の領収書（写し可）で受診日、受診者氏名、領収印のあるもの

注意事項　　１　口座は被共済者本人名義のものに限ります。

　　　　　　２　訂正事項のある場合は、必ず訂正印を押してください。

　　　　　　３　スタンプ印・シャチハタは不可。

　　　　　　４　消せるボールペン(フリクションボール等)は使用できません。

※　本共済で収集した個人情報は、吹田市勤労者福祉共済事業の目的以外には使用しません。