

No. \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_ 印

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。

事業所名			
被共済者番号	受診日	令和 年 月 日	

捨 印



同一印で押印  
スタンプ印・シャチハタ不可

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。