

No. _____

吹田市勤労者福祉共済生活習慣病予防健診補助申請（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 _____ ⑩

下記のとおり、吹田市勤労者福祉共済による生活習慣病予防健診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	¥2,000-		
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 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。