

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 _____ ⑩

↑ 自署の場合は押印不要。捨署名をご記入ください。

〔 捨署名 〕

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。

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 ※1			
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 出張所	口座名義 フリガナ	
預金種別	普通・当座	口座名義	

※1 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 振込先口座は、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 押印する場合は、捨印欄にも同一印を押してください。（スタンプ印・シャチハタ不可）

4 消せるボールペン（フリクションボールペン等）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。