№

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

捨 印

同一印で押印　スタンプ印・シャチハタ不可

　 ↑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 |

|  |
| --- |
| **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。