

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 _____ ①

↑ 自署の場合は押印不要。自署の場合は捨署名もご記入ください。

〔 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 ※1			
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 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】 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。