

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

↑※日付は記入しないで下さい

申請（請求）者住所 **吹田市◇×台53-8**

申請（請求）者氏名 **万博太陽**



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	(有)SUIT		
被共済者番号	5555-0025	受診日	令和××年 6 月 13 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	△× <small>銀行 信用金庫</small>	口座番号	640376
支店名	×△ <small>銀行 出張所</small>	フリガナ	バンパク タイヨウ
預金種別	<u>普通</u> ・当座	口座名義	万博太陽

※ 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。