

⑧ 人間ドック等補助申請書

年 月 日

(公財)八尾市中小企業勤労者福祉サービスセンター理事長 様

下記のとおり、(公財)八尾市中小企業勤労者福祉サービスセンターの指定する医療機関(又は指定外の医療機関)において受診したので領収書(コピー可)を添付し、補助申請をします。

金額	¥		0	0	0	円
----	---	--	---	---	---	---

該当に○印をしてください。	
国民健康保険	社会保険

補助申請者氏名 _____ 印

住 所 _____

生 年 月 日 _____ 年 月 日 満 歳

会 員 番 号			

受診した医療機関	・八尾徳洲会総合病院 ・医真会八尾総合病院 ・八尾市立病院 ・大野クリニック ・PL病院 ・()
受 診 日	年 月 日
受 診 の 種 類	人間ドック 脳ドック 生活習慣病予防検診

※ 受診の種類 該当欄に○をして下さい。

振 込 依 頼 書	
上記補助金の受領について、下記の口座に振り込んで下さい。	
氏名 _____ 印	
金融機関	銀行 本店 農協・信用金庫 支店
口座番号	普通・当座 口座番号
口座名義	フリガナ

【注】金融機関名や本・支店名の記載間違いの場合は、組戻し手数料(800円+消費税)が必要になります。

受付印

処理日	担当	事務局長	常務理事