

給付金額						円

理事長	事務局長	次長	担当	入力

(財)乙訓勤労者福祉サービスセンター給付金請求書

給付金項目	定期健診 & 生活習慣病検診補助	サービスセンター記入欄(コード)
-------	------------------	------------------

事業主が会費を負担していないと、給付を受けることは出来ません。 領収書又はこれに類する書類に名前が記載されていれば名簿の添付は必要ありません。	事業主の会費負担割合を記入願います。	円 800円
--	--------------------	----------------------

上記給付金にかかる証明書を添付して提出します。

会員代表 氏名 Ⓜ

会員番号 _____

会員住所 _____

上記給付金の請求及び受領については私が所属する下記事業主に権限を委託します。

上記会員の給付金を請求します。 平成 年 月 日

事業所 No _____

事業所名 _____

事業主名 _____ Ⓜ

電話 _____

事業主名義又は事業所名義の口座以外には振込み出来ません。(会費引落口座への振込みは記入不用)

銀行	普通
金庫	支店 No _____
農協	当座

フリガナ _____

口座名義 _____

医療機関の領収書には受診された方の氏名が記載されている事。
 この請求書に必要事項・必要書類を添付の上、サービスセンターまでご請求ください。
 この請求書は FAX では受け付けできません。
 この請求書は、定期健康診断及び生活習慣病検診の専用用紙です。