第４号様式

**疾病予防健診助成金請求書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所属名 |  | 職員番号 |  |
| 電話番号 |  | 会員氏名 |  |
| 受診施設名 |  | 受診年月日 |  |
| 備　　　考 |  |
| 請　　求　金　額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円　＊100円未満の端数がある場合は、切り捨てるものとする。 |
| 振　込　先 | 金融機関 | 　　　　　　　　　労金・銀行　　　　　　　　　支店・出張所　＊労金を指定すると振込手数料は差し引かれません。 |
| 口座番号 | 　　普通預金№ |
| 口座名義人 |  |
| 　　　上記のとおり請求します。　　　　　　平成　　年　　月　　日　　沖縄県職員厚生福利振興会理事長　殿　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所　　　　　　　　　　　　　　　　請　求　者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |
| 決　定　金　額 |  |
| 　　　上記のとおり決定する。　　　　　平成　　年　　月　　日 | 事務長 | 事務次長 |  | 担　　当 |
|  |  |  |  |

　※太枠のみをご記入ください。

　※領収書（原本）は、裏面に貼り付けてください。