

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<br>*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 |
|  | 口座番号                              | 普通預金No. |        |
|  | 口座名義人                             |         |        |
| <p>上記のとおり請求します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>沖縄県職員厚生福利振興会理事長 殿</p> <p>住所<br/>請求者<br/>氏名 <span style="float: right;">(印)</span></p> |                                   |         |        |
| 決定金額   |                                   |         |        |
| 上記のとおり決定する。  | 事務長                               | 事務次長    | 担当     |
|  | 平成 年 月 日                          |         |        |

※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。