

## 定期健康診断受診料補助金請求書

請求金額 \_\_\_\_\_ 円

受診会員数 \_\_\_\_\_ 名×1,000円

上記金額の受診料補助金を請求いたします。

(一財) 奈良市総合財団 理事長

事業所名 \_\_\_\_\_ ㊞

事業所番号 \_\_\_\_\_

## 振 込 先

金融機関名 \_\_\_\_\_

支店名 \_\_\_\_\_

口座の種類 \_\_\_\_\_ 普通・当座

口座番号 \_\_\_\_\_

フリガナ

口座名義人 \_\_\_\_\_

※つぎの書類を添付してください。

①受診内容がわかる書類(結果票等)の写し ②領収書の写し ③その他参考となる書類

入 力	担 当	係 長	次 長	事務長

受 付 印

※請求期間は、受診日から3ヵ月以内です。

☆コピーしてお使いください。  
☆届出は郵送または窓口へ(FAX不可)