

本件交付決定してよろしいか

受付印

常務理事	担当	起案	年 月 日	
		決裁	年 月 日	
交付決定内容			交付決定金額	
<交付金額内訳> <基準単価> 6,500円 以内 ※受診日が2025/3/31 以前の場合は、 6,300円以内 ※交付対象額から一部負担金(3,000円)を 差引いた金額をもって算定します			¥ _____	

大阪府建築健康保険組合
令和__年度 一般健診料交付申請書

年 月 日申請

婦人科検診の交付申請を [含む ・ 含まない] ←いずれかに○をしてください		
事業所記号	(保険証番号)	事業所名 (事業所もしくは、個人で申請する場合は申請者氏名)※
事業所所在地 または 申請者住所	〒 _____ *日中連絡先 TEL () _____ [勤務先・自宅・携帯] ←いずれかに○をしてください	
実施機関名		
実施年月	年 月 ~ 年 月	
実施人数	計 _____ 人 (複数の場合は名簿を添付のこと)	
交付申請額	円 _____	
(備考)		
振込希望銀行名 (申請者の口座名義)	銀行 支店	
	<input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 総合 ↑✓を入れてください	・口座番号 _____ _____
	・口座名義 ※申請者と同一に限る (カタカナ) _____	

<添付書類>

受診者名簿及び受診項目一覧表 ・ 特定健康診査質問票(40歳以上)

健診結果書の写し ・ 請求明細書があればその写し

領収書の写し [振込通知書・ATMの利用明細書等でも可。]

ネット振込みの場合は振込日以降に出力した控え

組合記入欄

健診結果書確認済み

印

※申請者と振込希望銀行の口座名義は、同一としてください。

○申請書は原本をご提出ください。