本件交付決定してよろしいか

常務理事	担　　当	起案	年　月　日	受付印
		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　入社時健診料交付申請書

年　　月　　日申請

婦人科検診の交付申請を［ 含む ・ 含まない ］←いずれかに〇をしてください		
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〕←いずれかに〇をしてください	
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 □当座 □普通 □総合 ↑✓を入れてください ・口座番号 ・口座名義（カタカナ）　※申請者と同一に限る	

＜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。

〇申請書は原本をご提出ください。