

会 員 番 号									
0	0	0	2	9	9	0	0	0	1
健 康 診 断 等 給 付 金 請 求 書									
								〇〇年〇〇月〇〇日	
公益財団法人ひたちなか市生活・文化・スポーツ公社 理 事 長 様									
						会 員 住 所		〒312-0052 ひたちなか市東石川1279	
						会 員 氏 名		平成 花子 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">花平 子成</span>	
						電 話 番 号		***-***-****	
次のとおり、給付金を請求します。									
1. 給付理由		健康診断等		インフルエンザ予防接種					
金額				円					
2. 受取方法		<input type="checkbox"/> 現金 窓口 <input type="checkbox"/> 現金 事業所 <input checked="" type="checkbox"/> 会費口座へ振込 <input type="checkbox"/> 会費口座以外へ振込の場合は下記に記入して下さい。							
金融機関名		銀行・信用金庫 組合・労働金庫						本店 支店	
口座の種類		普通・当座			口座番号				
口座名義人		(フリガナ)							
<b>* 受給者氏名の記載のある領収書(複写可)を添付して下さい。</b>									

※記載事項については、勤労者福祉サービスセンターの事務以外には一切使用いたしません。

課長	課長補佐	係長	担当		
				受 付 印	