第４号様式

**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  　＊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  　＊労金を指定すると振込手数料は差し引かれません。 | | | | |
| 口座番号 | 普通預金№ | | | | |
| 口座名義人 |  | | | | |
| 上記のとおり請求します。  　　　　　　平成　　年　　月　　日  　　沖縄県職員厚生福利振興会理事長　殿  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所  　　　　　　　　　　　　　　　　請　求　者  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | |
| 決　定　金　額 | |  | | | | |
| 上記のとおり決定する。  　　　　　平成　　年　　月　　日 | | | 事務長 | 事務次長 |  | 担　　当 |
|  |  |  |  |

　※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。