

会 員 番 号									

健康診断等給付金請求書

年 月 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

会 員 氏 名

㊞

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    現金 窓口  
現金 事業所  
会費口座へ振込  
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		本 店
	組 合 ・ 労 働 金 庫		支 店
口座の種類	普通・当座	口座番号	
口座名義人	(フリガナ)		

**\* 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。**

※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	