

決 裁	常務理事	事務長	係

下記の件について承認して  
よろしいか伺います。

令和 年度 人間ドック費用請求書

大阪工作機械健康保険組合  
理事長 殿

事業所所在地  
〃 名称  
代表者氏名

下記のとおり人間ドックを利用致しましたので、報告します  
とともにその費用について請求いたします。

令和 年 月 日

記

1、実施年月日 令和 年 月 日

2、実施機関 (所在地) \_\_\_\_\_

(名称) \_\_\_\_\_

3、受検者名

	番号	昭和 年 月 日生
--	----	-----------

4、健診費用 \_\_\_\_\_ 円

※ 提出の際は、必ず費用の支出を証明する書類を添付して下さい。  
(併せて、結果票等の写しもお送付下さい。)

支給決定金額	_____ 円
--------	---------