

## 健康診断受診費援助請求書

	※決定額	円	
健康診断受診者氏名		教会名	
教師との関係	本人・家族	生年月日	年 月 日
受診年月日	年 月 日		
受診に要した費用	円		
振込先金融機関	銀行・郵便局名／ <span style="float: right;">銀行・郵便局</span> 支店番号 支店名 <span style="float: right;">支店</span> 普通預金 口座番号 口座名義人		
<p>上記のとおり請求します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">奉仕局長 殿</p> <p style="text-align: center;">請求者 住所</p> <p style="text-align: center;">氏名</p>			

- (注) (1) ※印欄は記入しないで下さい。  
 (2) 受診費の支払いを証する領収書等を添付して下さい。  
 (3) 用紙の大きさはB5にして下さい。