

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／ 銀行・郵便局 支店番号 支店名 支店 普通預金 口座番号 口座名義人		
上記のとおり請求します。 <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> 年 月 日 奉仕局長 殿 </div> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> 請求者 住所 氏名 </div>			

- (注) (1) ※印欄は記入しないで下さい。
 (2) 請求者は、主任牧師もしくは財務担当役員とするが、必ず役員会を通して下さい。また、振込先は教会の振込先金融機関を指定して下さい。
 (3) 受診費の支払いを証する領収書等を添付して下さい。
 (4) 用紙の大きさはB5にして下さい。