

決 定 金 額	平成 年 月 日			
円	常務理事	事務長	課 長	係
計 算 の 基 礎				
人分				

実施報告書・支払証拠書と照合済

家族生活習慣病健診費用請求書

金 _____ 円也

但し、家族生活習慣病健診費用

人分

(実施に要した費用総額 _____ 円)

上記のとおり請求いたします。

平成 年 月 日

事業所

事業主

⑩