



『健康管理助成券』利用割戻し申込書

20 年 月 日

高校生協で下記を利用しましたので、「助成券」の割戻しを申し込みます。

おなまえ

職員番号

申請枚数 4,000 円× 枚

5,000 円× 枚

所属名(学校名)

利用年月	購入物資・サービス	金額
20 年 月		
20 年 月		
20 年 月		
20 年 月		
20 年 月		
20 年 月		

合計

※手数料(1枚200円)を差し引いた割戻し額をお振込みいたしますので、下記にご希望口座を記入ください。なおご記入いただきました口座は、生協の登録口座となりますのでご了承ください。

銀行名	支店名	口座番号	名義人(カナ)
銀行・組合 金庫・農協			
	店		

※こちらの申込書ご記入のうえ、本年度分『健康管理助成券』(3月末日まで有効)と合わせて、3月末日までに高校生協までお送りください。