

常務理事	係員

支給決定額	円
支給決定日	年 月 日

- ※補助金の対象となる検診は、市町村等が実施する『自費＝健康保険適用なし』のものに限ります。
 ※年度内で各検診ごとに1回の請求が可能です。
 ※対象年齢が決まっていますので、ご注意ください。

市町村等がん・骨粗鬆症検診費用補助金請求書

事業所の名称				※支払方法について	
被保険者証 記号・番号		マンNo.		月末締め、翌月給与日払い (事業所より給与と同時振込)	
被保険者氏名		*給与明細書に健保としての項目はありません。決定通知書で通知した支給金額にてご確認をお願いいたします。			
受診者	氏名	本人との続柄()			
	住所	〒			
	生年月日	昭和・平成 年 月 日生			
検診項目 (□に✓)	<input type="checkbox"/> 胃がん(40歳以上) ・ <input type="checkbox"/> 大腸がん(40歳以上) ・ <input type="checkbox"/> 乳がん(40歳以上) <input type="checkbox"/> 子宮頸がん(20歳以上) ・ <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症(40歳以上)				
受診日	年 月 日				
検診施設名					
検診費用					

- **添付書類**** ・対象の検診を受診したことが確認できる領収書等
 ・領収書だけで確認が難しい場合、医療機関や自治体の検診案内(パンフレット等)のコピー

上記のとおり請求いたします。
 尚、私の受ける表記補助金の受領は事業主に委任いたします。

年 月 日

被保険者氏名

印