

前立腺がん検診補助金申請書

(事業所負担用)

対象者⇒ 40歳以上の男性である被保険者
(対象年齢は、実施年度における年度末時点の満年齢)

令和 年 月 日

下記のとおり、前立腺がん検診補助金を交付願いたく申請します。

No. _____

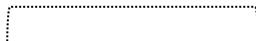
| 支払った金額 | 円 | | 補助金額 | ※ | | 円 | |
|--------------------|----------|---------|-------|------|-----------|----|--|
| 実施年月日 | 令和 年 月 日 | | ～ | | 令和 年 月 日 | | |
| 事業所記号 | 保険証番号 | 氏名 | 保険証番号 | 氏名 | 保険証番号 | 氏名 | |
| 被保険者 氏名等 | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 振込口座 (ゆうちょ銀行以外) | 金融機関名 | 銀行・信用金庫 | | | 支店 | | |
| | 種別 | 1 普通 | 2 当座 | 口座番号 | No. _____ | | |
| | フリガナ | | | | | | |
| | 口座名義 | | | | | | |

※補助金額の欄は健保組合使用欄のため記入しないでください。

【添付書類】 領収書(写)・・・事業所名と前立腺がん検診と記載<必須>
【補助対象外】 保険診療で受けた検査
【補助金額】 1人につき1,000円上限

静岡県中部機械工業健康保険組合 理事長 様

健保受付印



事業所名
