

前立腺がん検診補助金申請書

<個人負担用>

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)

【事業所経由で申請】

令和 年 月 日

健康保険 記号 - 番号	—	被保険者氏名 (生年月日)	(S . .)
-----------------	---	------------------	-----------

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		
実施機関名			

※ 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。

この請求に基づく補助金の受領を _____ 氏名 _____ に委任します。

被保険者 (委任者) _____

【添付書類】 領収書(原本)・・・受検者氏名・前立腺がんと記載(必須)
【補助対象外】 保険診療で受けた検査
【補助金額】 1,000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 _____