

前立腺がん検診補助金申請書

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)

(事業所負担用)

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	※ 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。	
実施年月日	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日					
事業所 記 号	番 号	氏 名	番 号	氏 名		番 号
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					

【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
