

支給年月日	令和 年 月 日
支給額	60,000円

理事長	常務理事	事務長			
資格取得日	昭和・平成・令和 年 月 日				
資格喪失日	令和 年 月 日				

神戸新聞健康保険組合理事長 殿

PET検診補助金支給申請書

下記のとおり「PET検診」を受診しましたので、補助金支給を申請します。

令和 年 月 日

記号		番号		事業所名			
被保険者名	(フリガナ)	生年月日	昭和 年 月 日	性別	男・女	年齢	歳
	(氏名)						
住所	—						
連絡先	自宅 () -	携帯 () -	内線連絡先				
受診日	令和 年 月 日	検診費用総額(消費税含む)	円				

【補助金振込先】振込口座は被保険者名義とします。

振込先口座	金融機関名・支店名	銀行・金庫・信組・農協 ・漁協・その他()	本店・支店・出張所 ・本所・支所
	預金種別	普通・当座・他()	口座番号

支給対象者 50歳以上の被保険者で、受診日当日に当健康保険組合の被保険者資格のある方

※ 同年度内に各種人間ドックとPET検診補助の重複はできません。

添付書類 検診医療機関発行の本人名が書かれた「領収書」の原本(PET検診とわかるもの)

申請期限 当年度内の受診分。毎月10日締切り、月末の支給。

※ 健康保険組合の年度とは4月～翌年3月までの事です。

申請先 当年度内の受診分。毎月10日締切り、月末の支給。

この申請書と添付書類に記載された個人情報は、補助金支給または組合保健事業の運営のために使用し、他の目的には使用いたしません。

受付印