

検診料補助金支払決議書

				受	付	令和	年	月	日
理事長	常務理事	事務長	担当者	決	定	令和	年	月	日
				支払予定日		令和	年	月	日
				支給額					円

支 払 内 訳	人間ドック	本人名	円	家族名	円
	脳ドック	本人名	円	家族名	円
	血液検査	本人名	円		
	胃検診	本人名	円	家族名	円
	子宮ガン検診	本人名	円	家族名	円
	歯科検診	本人名	円	家族名	円
	先進検査	本人名	円	家族名	円
	インフルエンザワクチン接種	本人名	円	家族名	円
	乳ガン検診	本人名	円	家族名	円
	前立腺ガン検診	本人名	円		

検診料補助金請求書（事業所用）

検査名 (○で囲んで下さい)	人間ドック・脳ドック・血液検査・胃検診・子宮ガン検診・歯科検診 ・先進検査・インフルエンザ予防接種・乳がん検診・前立腺がん検診		
事業所名			
受診者名	はじめ 総計 名 (別紙名簿添付)		
受診機関名 (病院・診療所名等)			
検診を受けるのに 要した費用	円		
振込銀行名	銀行	支店	当座 普通 No.
フリガナ			
口座名義			
<p>上記のとおり受診機関の請求明細書の写しを添えて請求します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>事業所名 ⑩</p> <p>東海放送健康保険組合理事長 殿</p>			

二重線内のみご記入ください。