

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

検診料補助金請求書 (任意継続被保険者用)

検査名 (○で囲んで下さい)	人間ドック・血液検査・胃検診・子宮ガン検診・歯科検診・ 脳ドック・先進検査・乳がん検診・前立腺がん検診				インフルエンザ ワクチン予防接種
事業所名	任意継続被保険者				
被保険者の 記号・番号	記号	100	番号		
受診者名	生年月日	続柄	受診機関名(病院・診療所名)	検査に要した費	
	昭和 平成 令和 年 月 日			円	
	昭和 平成 令和 年 月 日			円	
	昭和 平成 令和 年 月 日			円	
	昭和 平成 令和 年 月 日			円	
	昭和 平成 令和 年 月 日			円	
上記のとおり領収書を添えて請求します。					
令和 年 月 日					
被保険者氏名					
東海放送健康保険組合理事長 殿					

二重線内のみご記入ください。

受診者名、検診名が明記された領収書(レシートは不可)を添付してください。

補助金は届出済みの銀行口座へ振り込みます。