

| | | | | |
|------|-----|----|------|----|
| 常務理事 | 事務長 | 課長 | 課長代理 | 課員 |
| | | | | |

| | |
|-----------|---|
| 支給 決定額 | ¥ |
|-----------|---|

年 月 日

がん 検診補助金請求書
骨粗しょう症

大阪府石油健康保険組合 様

下記のとおり補助金を請求します。

事業所所在地
事業所名称
連絡先 TEL

記

| 事業所記号 | | | | | 検診項目 | | | | |
|--------|------|----|----|---------------|------|------|-----|--------|--|
| 被保険者番号 | 受検者名 | 続柄 | 年齢 | 検診費用 (消費税を含む) | | | | | |
| | | | | 肺がん | 大腸がん | 子宮がん | 乳がん | 骨粗しょう症 | |
| | | 本人 | 歳 | | | | | | |
| | | 家族 | | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | |
| | | 本人 | 歳 | | | | | | |
| | | 家族 | | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | |
| | | 本人 | 歳 | | | | | | |
| | | 家族 | | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | |
| | | 本人 | 歳 | | | | | | |
| | | 家族 | | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | |
| | | 本人 | 歳 | | | | | | |
| | | 家族 | | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | |

- ◎必ず領収書及び検診結果表を添付してください。
- ◎事務処理の関係上1月31日までにご請求ください。
- ◎補助金支給対象者は受診時有資格者に限ります。
- ◎該当する検診項目欄に○印を付けて検診費用を記入してください。