

検診料補助金支払決議書

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
	脳 ド ッ ク	本 人	円	家 族	円
	歯 科 検 診	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 (個人用)

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・脳ドック・インフルエンザワクチン予防接種 歯科検診・先進検査・乳ガン検診・前立腺ガン検診									
事 業 所 名										
被保険者の記号・番号	記 号				番 号					
受 診 者 名	生 年 月 日			続 柄	受診機関名 (病院・診療所名等)			検査に要した費用		
	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 ⑩ 東海放送健康保険組合理事長 殿										
委 任 状 私は、この検診料補助金の受領方を下記の者を代理人として委任します。 被保険者氏名 ⑩ 代理人 事業所名 氏 名 ⑩										

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。
補助金は所属事業所を通じて支給されます。