

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
	肝 機 能 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
	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		

記入例 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・肝機能検査・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 乳ガン検診・前立腺ガン検診				
事 業 所 名	任意継続被保険者				
被 保 険 者 の 号 記 号 ・ 番 号	記 号	1 0 0	番 号	1 9 9 8	
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	
東海 一郎	昭和 ○○年○○月○○日 平成 令和	本人	○○○○クリニック	○○,○○○ 円	
東海 康子	昭和 ○○年○○月○○日 平成 令和	妻	○○○○病院	○○,○○○ 円	
	昭和 年 月 日 平成 令和			円	
	昭和 年 月 日 平成 令和			円	
	昭和 年 月 日 平成 令和			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 一郎



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。