

支給決定伺

| | | | | | | |
|-----|------------|-------------|----------|------|-----|----|
| 科目 | 款・項・目 ・ | 決 定 | 平成 年 月 日 | 常務理事 | 事務長 | 担当 |
| 支給額 | 円 | 支 給 日 | 平成 年 月 日 | | | |

平成〇〇年度 成人検診補助金申請書

| | |
|-------|--------------------------|
| 実施年月日 | 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 ~ 〇〇月 〇〇日 |
| 実施機関名 | 〇〇〇〇〇 |
| 同 所在地 | 〇〇県〇〇市〇〇町4-4 |

| | | | | | |
|---------|-----|-------|-----|-----|--|
| | 35歳 | 40歳以上 | その他 | 合計 | その他は、35歳時の検診で要 受診・精密検査・経過観察等に 該当する36歳から39歳 |
| 対象被保険者数 | 〇〇 | 〇〇 | 〇〇 | 〇〇〇 | |

| | | | | |
|-----------|------|-------|-----------|-------------|
| | 受診者数 | 単 価 | 金 額 | 単価、金額は消費税込み |
| 胃部レントゲン検査 | 〇〇〇 | 〇,〇〇〇 | 〇〇〇,〇〇〇 | |
| 腹部超音波検査 | 〇〇〇 | 〇,〇〇〇 | 〇〇〇,〇〇〇 | |
| 便潜血検査 | 〇〇 | 〇,〇〇〇 | 〇〇〇,〇〇〇 | |
| 眼底検査 | 〇〇 | 〇,〇〇〇 | 〇〇〇,〇〇〇 | |
| | 合 計 | | 〇,〇〇〇,〇〇〇 | |


上記の通り実施したので補助金の申請をいたします。

平成〇〇年〇〇月〇〇日

申請金額 〇,〇〇〇,〇〇〇 円

事業所名 〇〇事業所

事業主名 〇〇 〇〇



三菱鉛筆健康保険組合 理事長殿

注、検診機関からの請求書及び受診者名簿を添付のこと。

