

支給決定伺	常務理事	事務長	係	係	支給金額								
					被保険者	人 円							
					被扶養者	人 円							

市町村検診受診料等支給申請書

次のとおり受診しましたので申請します。
併せて補助金の受領を事業主に委任します。
石原産業健康保険組合 御中

年 月 日

被保険者等
記号 番号 記号 番号 一 番号

被保険者
氏 名 印

事業所 連絡先
内線

受診者氏名	被保険者 との続柄	年齢	検診種類	受診日			受診金額	
				検診機関(自治体)				
				R	年	月	日	
			自治体名	医療機関名				
				R	年	月	日	
			自治体名	医療機関名				
				R	年	月	日	
			自治体名	医療機関名				
				R	年	月	日	
			自治体名	医療機関名				
合 計								

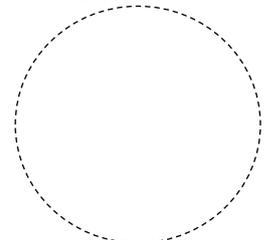
<申請時のチェック事項>…当てはまらない場合は補助の対象となりません

記載内容に間違いはありません(被保険者記号番号を再度ご確認ください)

次の項目が明記されている領収証(記載のない場合は併せて記載された書類)を添付しました。

- ①『自治体の実施であること』…直接医療機関に申しこんで検診を受けた場合は対象外
- ②『検診の種類』…他の補助申請との重複を防ぐため
- ③『検診代金の単価』…合算されて単価がわからない場合は対象外

受付印



同年度内に検査内容が重複する検診の補助申請はいたしません。
(人間ドック・郵送がん検診等)