

理事長	常務理事	事務長				

神戸新聞健康保険組合 御中

P E T 検 診 補 助 金 支 給 申 請 書

下記のとおり「PET検診」を受診しましたので、補助金支給を申請します。

申請日 平成 年 月 日

事業所名		被保険者証の 記号・番号	記号	番号
ふりがな		性別	生年月日	年 齢
被保険者名	Ⓜ	男・女	昭和 年 月 日	歳
住 所	〒			
日中のご連絡先	自宅番号 ()	—	携帯番号	— —
検診医療機関名				
受 診 日	平成 年 月 日	検診費用総額 (消費税含む)		円

【補助金振込先】 振込口座は被保険者名義とします。

金融機関名	ふりがな	支店名	ふりがな
種目	普通 ・ 他 ()	口座番号	

【申請上の注意】

- 申請できる方、補助金支給対象者・・・① 50歳以上の被保険者のみ。
② 受診日当日に当健康保険組合の被保険者資格のある方。
③ 同年度内に人間ドックと重複受診は出来ません。
- 添付書類・・・検診機関発行で受診者本人宛の「領収書」の原本（PET検診と分かるもの）
- 申請期限・・・当年度内の受診分。毎月10日締切りの月末頃の支払い。
- 申 請 先・・・〒650-0044 神戸市中央区東川崎町1-5-7 TEL 078-362-7166
☆ 健康保険組合の年度とは4月から翌年の3月までのことです。 受 付 印

※ 下記欄は健保記入欄です。

※支給日	平成 年 月 日	※支給額	円
------	----------	------	---

この申請書と添付書類に記された皆様の個人情報、補助金支給又は組合保険事業の運営の為に使用し、他の目的には使用しません。