

支給決定伺

科 目	款　・　項　・　目 5 ・ 1 ・ 4	決 定	令和　　　年　　　月　　　日	常務理事	事務長	担当
支給額	円	支給日	令和　　　年　　　月　　　日			

令和 年度 成人検診補助金申請書

実施年月日	令和 年 月 日 ～ 月 日
実施機関名	
同 所在地	

	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					

	受診者数	単 価	金 額	単価、金額は消費税込み 受診者氏名、検診結果は別添名簿の通り
胃 部レントゲン検査			円	
腹部超音波検査			円	
便潜血検査			円	
眼底検査			円	
【データ作成料】			円	
	合 計		円	

上記の通り実施したので補助金の申請をいたします。

令和 年 月 日

申請金額 _____ 円

事業所名 _____

事業主名 _____

三菱鉛筆健康保険組合 理事長殿

※検診機関からの請求書及び受診者名簿を添付必須