

支給決定伺

科目	款・項・目 5・1・4	決定 支給日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	担当
支給額	円	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
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
【オプション検査】			
腫瘍マーカーセット(男)			円
腫瘍マーカーセット(女)			円
骨密度検査			円
【データ作成料】			円
合 計			円

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

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