

常務理事	事務長	課長	課長代理	課員

支給 決定額	¥
-----------	---

年 月 日

がん 検診補助金請求書  
骨粗しょう症

大阪府石油健康保険組合 様

下記のとおり補助金を請求します。

事業所所在地  
事業所名称  
連絡先 TEL

記

事業所記号					検診項目				
被保険者番号	受検者名	続柄	年齢	検診費用 (消費税を含む)					
				肺がん	大腸がん	子宮がん	乳がん	骨粗しょう症	
		本人	歳						
		家族		円	円	円	円	円	
		本人	歳						
		家族		円	円	円	円	円	
		本人	歳						
		家族		円	円	円	円	円	
		本人	歳						
		家族		円	円	円	円	円	
		本人	歳						
		家族		円	円	円	円	円	

- ◎必ず領収書及び検診結果表を添付してください。
- ◎事務処理の関係上1月31日までにご請求ください。
- ◎補助金支給対象者は受診時有資格者に限ります。
- ◎該当する検診項目欄に○印を付けて検診費用を記入してください。