

常務理事	事務長	課長	課長代理	課員

支給決定額	¥
-------	---

がん 骨粗しょう症 検診補助金請求書

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。

住所
氏名
TEL.

記

任意継続		999			検診項目				
被保険者番号	被保険者名	続柄	年齢	検診費用 (消費税を含む)					
	受検者名			肺がん	大腸がん	子宮がん	乳がん	骨粗しょう症	
		本人		円	円	円	円	円	
		家族	歳	円	円	円	円	円	
		本人		円	円	円	円	円	
		家族	歳	円	円	円	円	円	
		本人		円	円	円	円	円	
		家族	歳	円	円	円	円	円	
		本人		円	円	円	円	円	
		家族	歳	円	円	円	円	円	

振込先銀行口座			
銀行	本店	普通・当座	口座番号
信金	支店		口座名義

- ◎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。