

支給決定額	※	円
-------	---	---

健保組合決裁欄				
常務理事	事務長	部長	課長	係

※は記入しないでください。

健保組合記入欄

PET/CT検診補助金交付申請書

提出日 年 月 日

三重県農協健康保険組合 理事長 様

以下のとおり、PET/CT検診補助金の交付申請をします。

事業所名	
被保険者名	受診者名
受診医療機関名	受診年月日
松阪中央総合病院	年 月 日
受診に要した費用	申請金額(上限30,000円)
円	円

委任状	PET/CT検診を受診しましたので、領収書を添えて補助金の申請をいたします。 また、申請金額の受け取りを事業主に委任します。
	年 月 日 被保険者氏名
	事業所名
	事業主名

【注意事項】

- 1. 補助の対象者は、当該年度中に35歳以上となる被保険者・被扶養者のうち、受診時点で資格を有する方です。
- 2. 「PET/CT検診」に係る費用が確認できる領収書(写し不可)を必ず添付してください。
- 3. 領収書で「PET/CT検診」に係る費用が確認できない場合は、明細書や内訳書なども添付してください。
- 4. 領収書や明細書は裏面に貼付してください。
- 5. 補助は年度内1回とし、事業所への委任払いとなります。
※健康保険が適用される場合は、補助の対象外となります。