

支給決定額	※	円
-------	---	---

事務長	部長	課長	係

※は記入しないで下さい。

健保組合記入欄

【任継者用】

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		
任意継続被保険者		
記号	番号	被保険者氏名
8900		Ⓜ

受診医療機関名	
受診年月日	受診に要した費用
年 月 日	円

申請金額(上限30,000円)
円

		振込指定口座							
振込先			農協	信金	店				
			信連	信組					
			銀行	労金					
貯金種目	○でお囲みください			口座番号			(右詰で正確にお書きください)		
	1.普通	2.当座	3.その他						
口座名義	フリガナ								

【注意事項】

1. 補助の対象者は、当該年度中に50歳以上となる被保険者のうち、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. 年に1回まで、上限30,000円の補助(30,000円未満は実費相当額)をします。

※健康保険が適用される場合は、補助の対象外となります。

受付印