

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

【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
		年 月 日
受診に要した費用		申請金額(上限30,000円)
円		円

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

【注意事項】

- 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。
- 「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。
- 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。
- 領収書や明細書は裏面に貼付してください。
- 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。