支給決定額	※　　円

※は記入しないでください。

健保組合決裁欄				
常務理事	事務長	部長	課長	係

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	
被保険者	受診者
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

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。