

市町村がん検診自己負担金補助支給申請書

岐阜県プラスチック事業健康保険組合御中

20 年 月 日

	被保険者 番 号	被保険者名	受診者名 (被保険者の場合は空欄)	受診日	自己負担金額(円)
1				20 年 月 日	
2				20 年 月 日	
3				20 年 月 日	
4				20 年 月 日	
5				20 年 月 日	
6				20 年 月 日	
7				20 年 月 日	
8				20 年 月 日	
9				20 年 月 日	
10				20 年 月 日	
11				20 年 月 日	
12				20 年 月 日	
13				20 年 月 日	
14				20 年 月 日	
15				20 年 月 日	
補助金申請人数 人				補助金申請合計額 円	

事業所所在地					
事業所名称					
事業主					
振込 口座	金融機関 名		銀行・信用金庫・農協・他	口座種別	普通・当座・その他
	支店名		支店・出張所	口座番号	

※添付書類

- ・領収書(写)
- ・健診内容(受診者、日付、医療機関名、がん検診の種類等)のわかる書類(領収書に記載がある場合は不要)