

事業所 記号	
-----------	--

便潜血検査補助金申請書

添付書類

1. 領収書(原本) 検査日、受けた人の氏名、便潜血検査の記述があるもの
2. 検査結果表(写) 検査結果がわかる結果表
3. 受診票 健保組合から40歳以上の検査資格者にお届けしている健診の案内に同封しております
(便潜血検査補助上限額 1,000円)

番号	被保険者番号	氏名	資格	年令	健診費用	補助申請額
1			本人 / 家族			
2			本人 / 家族			
3			本人 / 家族			
4			本人 / 家族			
5			本人 / 家族			
6			本人 / 家族			
7			本人 / 家族			
8			本人 / 家族			
9			本人 / 家族			
10			本人 / 家族			
11			本人 / 家族			
12			本人 / 家族			
13			本人 / 家族			
14			本人 / 家族			
15			本人 / 家族			

注記 申請期限は検査実施後3ヵ月以内です

便潜血検査補助金申請額 (名分) 円

年 月 日

神奈川県機器健康保険組合
理事長 殿

受診者の代理として領収書、検査結果表(写)、受診票、を添付し補助金を申請します

事業所名
代表者氏名

印