

健保決裁	部長	課長	確認	電算入力

PET/CT検診補助金交付申請書

下記のとおり厚生連のPET/CT検診を実施したので補助金の交付を申請いたします。

被保険者名	記号	氏名			㊞
	番号				
事業所名					
受診者	続柄	本人	氏名	本人	
	生年月日	昭和	年	月	日
	健保加入日	昭和	年	月	日
		平成			

2

1

厚生連PET/CT検診実施証明

PET画像診断センターの証明 厚生連病院・JA長野厚生連	実施日	検診の種類	料金
	年 月 日	がんドック検診	円
	上記の通り実施したことを証明する。 年 月 日		

補助金決定額
¥
内訳
送金年月日

長野県農業協同組合健康保険組合理事長 殿 年 月 日

委任・同意欄	名称
	私は事業主 氏名
	に上記検診料の受領に関する手続き及び受領を委任いたします。 なお、検診結果データの健康保険組合使用についても同意いたします。
	被保険者 氏名
	㊞

(26・4)

※ 受診医療機関は、厚生連病院・JA長野厚生連長野PET画像診断センターに限ります。