

健 保 決 裁	部 長	課 長	確 認	電算入力

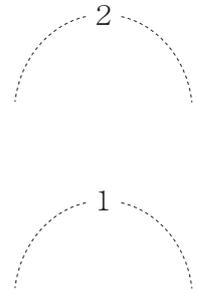
肺がんCT検診補助金交付申請書

下記のとおり肺がんCT検診を実施したので補助金の交付を申請いたします。

年 月 日

長野県農業協同組合健康保険組合理事長 殿

被保険者	記号		氏名	⑩
	番号			
事業所名				
受診者	続柄		氏名	⑩
	生 年 月 日			



肺がんCT検診実施証明		
医療 機 関 証 明 欄	検査年月日	年 月 日
	料 金	¥
	上記のとおり実施したことを証明します。 年 月 日	
医療機関名		⑩

※厚生連病院以外で受診された場合は領収書を貼付してください。

受 領 委 任	私は事業主 名称 氏名	殿
	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。	
	被保険者 氏名	

(本人の直筆署名の場合は、捺印は省略しても可。)

補助金決定額
¥ _____ 内訳
送金年月日

※低線量CTによる肺がん検診を受診した場合に補助します。
 ※補助金につきましては、原則として事業主に委任払いさせていただいております。受領に関する手続き及び受領につきまして、何卒ご理解のうえ受領委任にご協力をお願いします。なお、同意いただけない場合はお申し出ください。
 (同意されない場合、補助金の受け渡しにつきましては健保組合本所窓口での交付となります。)