

## PET/CT 検診 受診助成金請求書

上田商工会議所 御中

～助成金は次の基準で支給いたします～

- ①生命共済加入者(被共済者)で、6か月以上加入(増口後6ヶ月経過)されている年齢満35歳及び満40歳以上の方。
- ②本助成金は、健康維持管理事業費予算の範囲内としております。 ※予算に達した場合はご容赦ください。
- ③必ずPET/CT検診受診料の領収書コピーを添付してください。

年 月 日

請求される事業所

所在地

事業所名

代表者名

印

電話番号

給付内容	口数	1口	2口	3口	4口	5口
PET/CT 検診助成金		一律 10,000円	一律 15,000円	一律 20,000円	一律 25,000円	一律 30,000円

下記のとおり、PET/CT検診を受診したので助成金を請求いたします

記

事業所番号：

加入者番号	加入者(受診者)名	生年月日	加入口数	受診病院名	受診日	助成金額
			口			円
			口			円
			口			円
			口			円
			口			円
			口			円
受診者数	名					

請求金額 \_\_\_\_\_ 円  
ただし、上記受診者 \_\_\_\_\_ 名分

助成金請求受付確認欄

所属長

共済担当者

※生命共済制度加入状況を確認の上、請求されますようお願い申し上げます。

※受診日から1か月以内に請求されるよう、お願い申し上げます。

※助成金は、当商工会議所へ登録されている貴事業所口座(共済掛金引落口座)へお振込みいたします。