

※ この欄には記入しないで下さい。

令和 年 月 日

常務理事	総務部長	担当者

下記のとおり支給してよろしいか。

補助金	
支給額	円

前立腺がん検診補助金申請書

事業所 担当者の印			
事業所名			
受診者	記号・番号		被保険者 ・ 配偶者
	フリガナ 氏 名		
	生 年 月 日	年 月 日	生
受診施設名			
受診日		年 月 日	
支払った金額		円	

上記のとおり受診したので、詳細が分かる領収書(写)を添付のうえ、補助金の申請をします。

令和 年 月 日

(請 求 者)

事業所名
及び 所在地

又は
被保険者氏名

電線工業健康保険組合 殿

※市町村で助成を受けられた方、保険診療(自己負担3割で受診した方)は対象外

受 診 者 名 簿

名 分

	記 号 ・ 番 号	受 診 者 氏 名	生 年 月 日	被 保 険 者 ・ 被 扶 養 者	備 考
1				被 保 険 者 ・ 被 扶 養 者	
2				被 保 険 者 ・ 被 扶 養 者	
3				被 保 険 者 ・ 被 扶 養 者	
4				被 保 険 者 ・ 被 扶 養 者	
5				被 保 険 者 ・ 被 扶 養 者	
6				被 保 険 者 ・ 被 扶 養 者	
7				被 保 険 者 ・ 被 扶 養 者	
8				被 保 険 者 ・ 被 扶 養 者	
9				被 保 険 者 ・ 被 扶 養 者	
10				被 保 険 者 ・ 被 扶 養 者	
11				被 保 険 者 ・ 被 扶 養 者	
12				被 保 険 者 ・ 被 扶 養 者	
13				被 保 険 者 ・ 被 扶 養 者	
14				被 保 険 者 ・ 被 扶 養 者	
15				被 保 険 者 ・ 被 扶 養 者	
16				被 保 険 者 ・ 被 扶 養 者	
17				被 保 険 者 ・ 被 扶 養 者	
18				被 保 険 者 ・ 被 扶 養 者	
19				被 保 険 者 ・ 被 扶 養 者	
20				被 保 険 者 ・ 被 扶 養 者	