

※ 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 名		任 意 繙 続	
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 つ 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

フリガナ

被保険者氏名

連絡先

電線工業健康保険組合 殿

振込先 被保険者名義のもの	銀行			支店	
	普通・当座	口座番号			

※信用金庫、信用組合、農協、ゆうちょへの振込可能です。

※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