

ベーシック PET 検診

(音羽健康保険組合)

(事業所)

補助金請求書

常務理事	事務長	係

責任者	係

音羽健康保険組合

(請求日) 平成 年 月 日 (健保受付日) 月 日

理事長 殿

事業所	記号		部 署	
氏名	保険証番号			(印)

下記のとおり補助金を請求します

1. ベーシック PET 検診補助金請求額

PET 検診を受けた 医療機関名	検診日	PET 検診金額 (注 3 参照)	補助金請求額 (注 2 参照)
	平成 年 月 日		

- 注 1、補助金の対象者は被保険者のみです。  
 注 2、補助金額は、検診料金の 8 割です。計算結果の 100 円未満の端数は切り上げてください。  
 注 3、ベーシックな PET 検診の他に、MR や CT などをオプションとして追加する医療機関もありますが、補助金の対象となるのは「ベーシック PET 検診」の費用のみです。オプション項目は補助金の対象外ですのでご注意ください。  
 注 4、医療機関の発行した、ベーシック検診の金額が確認できる「領収書」を必ず添付してください (コピー不可)。  
 注 5、補助金の請求は年度内 (当年 4 月 1 日～翌年 3 月 31 日) 利用の請求を原則とします。補助金の請求は 4 月 10 日 (土・日曜日・祝祭日の場合は翌営業日) を年度分最終提出期限とします。

2. 補助金の振込先 \*被保険者本人の口座に限る

(すでに音羽健保に銀行口座を登録済みの方は記入の必要はありません)

振込先	銀行名	支店名	種別	口座番号
	銀行コード	支店コード	普通	

健保記入欄	銀行振込合計金額 _____ 円
-------	------------------