

常務理事	事務長	課長	担当者	交付決定額	決定年月日
				円	年 月 日

がん検診補助金交付申請書

年 月 日

大阪府農協健康保険組合理事長殿

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

⑩

下記のとおりがん検診を受診したので補助金の交付を申請します。

実施年月日						
実施機関		等				
検診費用(合計額)						
受診者数		名(被保険者 名・被扶養者 名)				
被保険者証の記号						
保険証番号	被保険者名	年齢	被保険者検診費用	被扶養者名	年齢	被扶養者検診費用
			円			円

※ 検診実施機関の検査内容のわかる領収明細書(写)を添付してください。

※ 受診者が被扶養者のみの場合も、被保険者名欄は記入してください。

