

極秘

がん検診補助料請求書



令和2年度

神奈川県医療従事者健康保険組合 御中

年 月 日

事業所の記号
事業所の名称
事業所所在地
事業主の氏名
電話番号

要綱に基づき請求します。

Table with columns: 検診項目, 補助金額, ※一人当たり金額, 実施人員, 金額. Includes rows for 胃がん, 子宮頸がん, 視触診, 乳房マンモグラフィ, 乳房エコー, 前立腺がん, 大腸がん, and a total row.

裏面の記入例をご参考にご記入ください。

※他家健診の場合でこの請求にかかる補助料の受領を健診機関等に委任するときのみ記入してください。

委任状 (Delegation Statement) form with fields for 補助料の受領について, 事業所の名称, 事業主の氏名, 振込先金融機関, 金融機関コード, 本支店番号, 預金種別, 口座番号.

受付日付印