

《提出先》

健保

事業所→事業所担当者

支給決定伺

				決裁年月日	平成	年	月	日
				伺年月日	平成	年	月	日
理事長	常務理事	事務長	係	支給決定額				
						円		

胸部ヘリカルCT検査補助金申請書

被保険者は①②に記入・捺印してください。事業主は③に記入・捺印してください。

①被保険者が記入するところ	保険証の記号番号	記号	番号	連絡先(内線or外線)			
	被保険者名	(フリガナ)					
	生年月日	昭和・平成	年	月	日生	検査日時点の年齢	歳
	事業所名	保険証の「事業所名称」を記入					
	勤務先名						
	検査日	平成	年	月	日		
	検査を受けた医療機関						
	検査費用	(総額)				円	

受取代理人の欄	本申請書に基づく補助金に関する受領を代理人に委任します。			
	平成 年 月 日			
	②被保険者 (委任者)	住所	氏名	④
	委任者と代理人との関係 ()			
③代理人	住所	氏名	④	

事務局の欄	総費用	補助額
	胸部ヘリカルCT検査料 総額	円
	胸部ヘリカルCT検査料 自己負担額	円
	胸部ヘリカルCT検査料 健保負担額	円

【対象者】

- フジクラ健保被保険者で50歳以上の希望者
- ・50歳未満の方で希望する場合、費用(5,000円)を負担すれば受診が可能(50歳の定義:開催年度末日時点)
- フジクラ健保の任意継続者は対象外

【費用】

50歳以上の方は無料。50歳未満の方は5,000円(健保負担額=総額-自己負担額)。

【支給方法】

- (株)フジクラ給与扱いの方は給与から支給
- 上記以外は事業所経由

健保受付日付印