

支給決定	補助金	円	摘要	常務理事	事務長	課長	主任	係員
骨粗鬆症検診補助金請求書			記号	番号	被保険者氏名			
受診者氏名				続柄	生年月日	昭和 年 月 日(才)		
受診医療機関名称								
受診日	令和 年 月 日			確認欄	下記を確認の上、左に☑をご記入ください。			
検診に要した費用	金 円			<input type="checkbox"/>	この届出については、①または②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。			

上記の通り骨粗鬆症検診を受けたので領収書と結果表(コピー可)を添えて補助金を請求します。

私は次の者に骨粗鬆症検診費用の受領を委任します。

事業所所在地
事業所名
受任者氏名

令和 年 月 日

ダイハツ系連合健康保険組合理事長 殿

2021.2改定