

決 裁	常務理事	事務長	係

PET健診補助金申請書

ふりがな	けんぼ たろう		生年月日	昭 〇〇年 〇〇月 〇〇日	年 齢	〇〇 歳
被保険者氏名	健保 太郎		保 険 証 記号・番号	〇〇 — 〇〇〇〇〇		
事業所名	〇〇〇〇〇〇 株式会社		住 所	〒〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇 県 〇〇 市 〇〇 町 〇〇		
受診病院名	〇〇〇〇 病院	受診病院 住 所	〇〇 県 〇〇 市 〇〇 町 〇〇			
受診年月日	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日	支 払 額	〇〇〇〇〇〇 円			
PET健診の 受診記録	1. 今回 初めて 2. 年 月に 病院にて受けた					
特別事情						
※ 支給決定 金 額	円		振 込 先 (被保険者名義)	金融機関名	〇〇〇 銀行 信用金庫	〇〇〇 本店 支店
				口座番号	〇〇〇〇〇〇〇〇	

※記入しないでください

<注意事項>

- 補助の対象者は、当該年度の4月1日現在、40歳以上の被保険者(海外赴任者を含む)であって、特定健診検査項目が含まれている人間ドック又は生活習慣病健診を受診し、併せてPET健診も受けた者。
- 過去に受診したことがある方について
直近受診時から3年間で1回を限度とするが、60歳以上の被保険者及び海外赴任者は2年間に1回も可能とする。ただし、特別な事情がある場合はこの限りではない。
- 補助金の額は、1人10,000円(上限)とする。
ただし、実費額がこの金額に満たない場合は、実費額とする。

※PET健診を実施したことがわかる領収書を添付して、当健保組合へ請求してください。

(「PET 〇〇円」と明記のあること。

コース料金に含まれる場合は、PET料金が確認できる明細添付、又は機関窓口による追記があること。)