

骨粗鬆症検診 補助金申請書

被 保 険 者	所 属 事 業 所		常務理事			事務長			担当者			
	記 号 ・ 番 号	28	-									
	氏 名	⑩										

支 給 決 定 日				支 給 額			
				円			

【申請内訳】

受 診 者 名	続 柄	種 類 名	受 診 日	金 額	補 助 額
	才	骨粗鬆症検診	令和 年 月 日	円	円
	才	骨粗鬆症検診	令和 年 月 日	円	円

申 請 者 委 任 欄	上記のとおり申請します。 なお、給付金の受領は事業主に委任します。 令和 年 月 日 被保険者氏名 ⑩				
-------------	---	--	--	--	--

領 収 証	
殿	円
骨 粗 鬆 症 検 診 による上記金額を受領しました。	
令和 年 月 日	
医 療 機 関 住 所	印
医 療 機 関 氏 名	
代 表 者 氏 名	

■年度年齢35歳以上の被保険者(女性)と被扶養者である配偶者(女性)が申請ができます。

■領収証は、下記項目が記載された原本を添付してください。

①種類名(骨密度検査・骨粗鬆症検診等) ②医療機関名・印 ③受診日 ④受診者名 ⑤金額