

様式番号	
施	1

支給決定伺

部長	課長	課長代理	扱

※令和 年 月 日

支出科目			金額			
款	項	目				
保健事業費	保健事業費	疾病予防費				

- 人間ドック健診費
- 巡回ドック健診費
- 生活習慣健診費
- 子宮がん検診費
- 乳がん検診費
- 前立腺検診費
- 骨粗鬆症検診費
- 脳ドック検診費
- 肺がん検診費
- B型肝炎ウイルス検査費
- C型肝炎ウイルス検査費
- 血圧脈波検査費

申請書

一金 円也

ただし 令和 年 月 日 実施費用

受診 被保険者 名 計 名
 受診 被扶養者 名

令和 年 月 日

事業所の名称
 及び所在地
 事業主氏名

㊞

北海道農業団体健康保険組合理事長 殿

(注) 地元医療機関の費用請求の場合は結果表と領収書を添付してください。
 ※印の欄は記入しないでください