

支給決定	補助金	円	摘要	常務理事	事務長	課長	主任	係員
大腸がん検診補助金請求書			実施期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 日間				
検診を受けた 被保険者数	人	検診を受けた 被扶養者数	人					
検診に要した費用	円	内訳	(1人当たりの単価×人数)					
検診医療機関名称 及び所在地	(医療機関名)			〒				
TEL								

上記の通り関係書類を添えて請求します。

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