

常務理事	事務長	部長	係

千葉県農協健康保険組合 御中

### 便潜血反応検査補助金支給申請書

事業所名			
検診実施日	年	月	日 ~ 年 月 日
医療機関名			
便潜血反応検査 検診内訳			
検査方法	単 価	人 数	計
1本法	円	人	円
2本法	円	人	円
総合計金額			円

上記のとおり申請いたします。

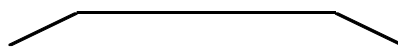
年 月 日 事業所名  
 事業主名  
 申請者名

千葉県農協健康保険組合 理事長 様

交付先 振込先	農林中央金庫 農協	千葉支店 支店	当座 口座No. 普通 No.
※ 交付決定額	円	備考	口座名義

注) ※欄には記入しないでください。

受付欄



## 便潜血反応検査受検者名簿

事業所記号 \_\_\_\_\_

事業所名 \_\_\_\_\_

保険証No.	氏 名	年齢	性別	検査方法	
				1本法	2本法
			男 ・ 女		
			男 ・ 女		
			男 ・ 女		
			男 ・ 女		
			男 ・ 女		
			男 ・ 女		
			男 ・ 女		
			男 ・ 女		
			男 ・ 女		
			男 ・ 女		
			男 ・ 女		
			男 ・ 女		
			男 ・ 女		
			男 ・ 女		
			男 ・ 女		
			男 ・ 女		
			男 ・ 女		
			男 ・ 女		
			男 ・ 女		
			男 ・ 女		
			男 ・ 女		
			男 ・ 女		
			人	人	人

- \* この様式以外で、受検者(35歳以上)の氏名・保険証No.がわかるものでも結構です。
- \* 厚生連「職員健診受付名簿」の写しを利用する場合は、必ず被保険者番号を記入してください。
- \* 補助対象者は35歳以上の被保険者のみです。