

PET健診助成金支給申請書

下記のとおり、PET健診を実施したので助成金の交付を申請いたします。

令和 年 月 日

山梨県医師国民健康保険組合理事長 殿

第 一 種 組 合 員

住 所 _____
 医療機関名 _____
 氏 名 _____ 印

受診者 記入欄	被保険者証 記号番号		種 別	本 人 ・ 配偶者
	受診者名		生年月日	昭和・平成 年 月 日

実 施 医 療 機 関 記 入 欄	PETを実施 した医療機関	住 所	山梨県中央市下河東3046-2		
		名 称	山梨PET画像診断クリニック 印		
	実 施 日	令和 年 月 日			
	助 成 金	総 費 用 額			
助成金申請額		¥ 30,000			

委 任 欄	PET健診助成金の受領を下記代理人に委任いたします。				
	令和 年 月 日	第一種組合員	住 所		
			氏 名	_____ 印	
	代 理 人	住 所	山梨県中央市下河東3046-2		
		氏 名	山梨PET画像診断クリニック 印		