


総合健診等の受診料補助金請求書

平成 年 月 日

財団法人 新潟県教職員厚生財団理事長 様

氏名 所属所	氏名	<input type="text"/>	所属所	<input type="text"/>	
	職員コード	<input type="text"/>	所属コード	<input type="text"/>	
(継続団員の場合に○で囲む⇒) ・ 継 続 団 員					
請求者	(〒 -) 郡・市				
	署名				
受診機関	機関名	<input type="text"/>			
	住所	(〒 -) 郡・市			
	受診日	平成 年 月 日			
受診内容 (○で囲む)	1. 総合健診 (人間ドック)		(受診料)	円	
	2. 個別検査又はオプション検査分		(受診料)	円	
	※検査別 受診内容 (○で囲む)	① 肺がん検診 (ヘリカルCT)	⑤ マンモグラフィ		
		② 肺がん検診 (喀痰細胞診)	⑥ 子宮頸がん検査		
		③ C型肝炎検査	⑦ 大腸がん検診 (便潜血法)		
④ 前立腺検査					
受診料金合計			円		
受取 金融機関	銀行・信金・信組	フリガナ			
	労金・農協	口座名義人			
	支店番号 支店 ()	口座番号			

※「検査別受診内容」について、総合健診 (人間ドック) のオプション検査として受診した場合にも○で囲んでください。ただし、はじめから総合健診 (人間ドック) に含まれている場合は除きます。

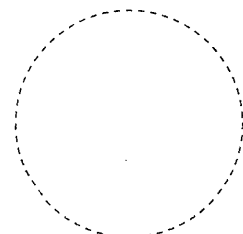
添付書類

・ 受診料支払い時の受領書の写し

財 団 処 理 欄

番 号	送金年月日	送 金 額
		円

受 付 印



理 事 長	事 務 長	部 長	係	照 合