

## 健診受診料助成金請求書

宇佐商工会議所 様

令和 年 月 日

※会議所記入

事業所名 \_\_\_\_\_

会員番号	
------	--

会員氏名 \_\_\_\_\_

下記の通り、健診受診料助成金を申請します。

医療機関	健診の種類	受診日
	がん PET/CT コース ・ 骨盤 MRI 検査 脳ドック MRI 検査 ・ ピロリ菌検査  あてはまるものに○をしてください	

●1事業所につき2名までを限度とする。(対象者満30歳以上)

●助成金額

- ①PETがん健診 10,000円
- ②骨盤MRI検査 3,000円
- ③脳ドックMRI検査 3,000円
- ④ピロリ菌検査 1,200円

●医療機関 ①・②については、大分県総合健診センター・大分先端画像診断センター及び古賀病院21とする

③・④については機関の指定なし