

アスベスト検診補助申請書

徳島建設産業国保組合 理事長殿

下記の通り、アスベスト検診補助を申請します。

申請年月日 年 月 日

保険証 記号番号	徳産国 —	組合員名	
住所			

今回申請するアスベスト検診受診者について記入してください。

受診者名		続柄	
受診日	年 月 日	自己負担額	円
医療機関名			
検査結果	1. 異常なし	2. 要注意・要経過観察	
数字に○をつけてください	3. 要再検査・要精密検査	4. 要治療	

受取人の組合員さんの口座	先に届出のあった郵便貯金口座に振り込みます。 未登録の方は、別紙「郵便貯金口座届」に記入して下さい
--------------	--

※助成要綱	<p>◎組合員と配偶者対象にアスベスト検診を受けた方に、本人1万円、配偶者3千円を1人につき年度1回に限り補助します。</p> <p><u>◎健康保険でかかっている場合は、補助の対象となりません。</u></p> <p>◎アスベスト検診補助を申請する時 領収書(原本)とアスベスト検診の結果(写)を必ず添付してください。</p> <p>※領収書原本(医療機関発行)、アスベスト検診の結果の添付がない場合は支給できません。</p> <p>添付された書類はお返しできません。また複写、転記、持ち出し等を行いません。 補助金支給以外の目的での使用はいたしません。</p>
-------	---

承認決裁	事務局長	事務長	給付	支部	決定金額
					円