

公益社団法人 敦賀法人会

PET健診受診料の助成金請求書（令和6年度）

記入日 年 月 日

受診者	フリガナ				
	氏名				
	居住地	敦賀市	美浜町	若狭町	その他
	生年月日	年 月 日			
	事業所名				
	代表者名				
	電話番号				
受診医療機関名	福井県済生会病院		福井大学医学部附属病院		
受診年月日	年 月 日				
健診費用（窓口負担分）	円				
振込先金融機関	福井銀行	北陸銀行	福邦銀行	敦賀信用金庫	
	支店名	支店			
	普通/No.		当座/No.		
	フリガナ				
	口座名義				

※領収書と健康保険証のコピーを必ず添えて郵送して下さい

※必要カ所を○印で囲んで下さい

※助成金補助の対象者は正会員(親会員)で年会費3500円以上の会員に限ります