

PET健診受診料の助成金請求書（令和8年度）

記入日 令和 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	昭和・平成	年	月	日
企業名	法人名				
	代表者名	印			
	電話番号	—	—		
受診医療機関名		福井県済生会病院	福井大学医学部付属病院		
受診年月日		令和	年	月	日
健診費用（窓口負担分）		円			
振込先金融機関		福井銀行・敦賀信用金庫・北陸銀行・その他（ 銀行）			
		支店名	支店		
		口座番号	普通・当座 / No.		
		フリガナ			
		口座名義			

※領収書のコピーと一緒にメールまたは郵送して下さい

※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