C型肝炎検査実施補助金支給申請書

被保険者（申請者）記入用

被保険者（申請者）情報

	記号	番号	生年月日 年 月 日
被保険者証の（右づめ）			□ 昭和 □ 平成
氏名	（フリガナ）		
住所	（〒 ー ） 都道府県		

申請内容

	被保険者証枝番	氏名	実施年月日 年 月 日
利用者の			□ 令和
実施した医療機関名称			
利用者の			□ 令和
実施した医療機関名称			

振込先指定口座

金融機関情報	金融機関コード	名称	銀行 信組 農協 / 金庫 漁協
	支店コード	支店名	本店 出張所 本所 / 支店 支所
預金種別	当座 ・ 普通 ・ 貯蓄	口座番号	左づめでご記入ください
口座名義（カタカナ）			

受取代理人の欄

被保険者（申請者）	本申請に基づく補助金に関する受領を下記の代理人に委任します。 委任年月日 令和 年 月 日 氏名 住所：「被保険者（申請者）情報」の住所と同じ
代理人（口座名義人）	（〒 ー ） 住所 氏名

被保険者と代理人の関係

（R3.7）

受付日付印

・この補助金は、被保険者・被扶養配偶者ともに1，500円を限度とする実費を年度内（4/1～3/31）に1回支給します。
・領収証（原本／次の①～⑤の内容が記載のもの）を添付してください。
①実施者氏名、②実施費用、③実施日、④C型肝炎検査代とわかる表示、⑤実施した医療機関の名称と領収印

サニーピア健康保険組合