

C型肝炎検査実施補助金支給申請書

事業所(会社)名		○×株式会社		
記号	200	番号	123456	
	氏名	続柄	実施した医療機関名	実施日
被 保 険 者	サニー太郎	本人	○×病院	令和 1 年 5 月 1 日
被 扶 養 配 偶 者	サニー花子	妻	○×病院	令和 1 年 5 月 1 日
サニーピア健康保険組合 御中 上記の通りC型肝炎検査実施補助金支給を申請します。 令和 1 年 5 月 15 日 〒 123 - 1234 被保険者(申請者)住所: ○×県○市△△町□□1-1-1 印 被保険者(申請者)氏名: サニー太郎 印 電話番号: (000) 123 - 4567				

希 望 振 込 先	金 融 機 関 名	△△銀行	普通・当座	口座番号 (右づめ)	1	2	3	4	5	6	7
	支店名	□□支店	フリガナ	サニー タロウ							
			口座名義	サニー 太郎							

受 取 代 理 人 委 任 欄	本申請書に基づく補助金の受領に関する権限を代理人に委任します。 令和 年 月 日 〒 - 被保険者(申請者)住所: _____ 被保険者(申請者)氏名: _____ 印	
	受 取 代 理 人 記 載 欄	〒 - 代理人住所: _____ 代理人氏名: _____ 印

- ・検査実施者1名につき1,500円を限度とする実費を支給します。
 - ・医療機関の領収書(原本)を添付して申請してください。(のり付け不可、ホッチキスでとめてください。)
- ※領収書は、「実施者氏名」「実施費用」「実施日」「C型肝炎検査代とわかる表示」「接種した医療機関の名称と印」の5項目すべてが記載されているものがが必要です。