

肝炎ウイルス検査費用補助金支給申請書

○ 申請者兼補助金振込先(組合員本人に限ります。)

年 月 日 提出

記号番号	71 — — — — —	組合員氏名 (口座名義人)	フリガナ
自宅住所	〒 — — — — —		
連絡先電話番号	(平日の日中連絡の取れる電話番号を記入してください。)		
金融機関名	支店名	預金種類	口座番号 (右づめでご記入ください。)
フリガナ	フリガナ	1 普通	
銀行・信用金庫 信用組合・農協 労働金庫	支店 (出張所)		
金融機関コード	支店コード		

※「ゆうちょ銀行」を指定する場合は、通帳を確認のうえ『店番(漢字3桁)・口座番号(7桁)』を記入してください。

○受検者(検査年月日において本組合の組合員資格又は被保険者資格(家族)がある方で肝炎ウイルス検査を受けた方)

受検者氏名	(フリガナ)	生年月日	5 昭 7 平 年 月 日
検査年月日	年 月 日	検査内容	該当するものを○(マル)で囲んでください。 HBs抗原・HCV抗体
検査費用	円	支給決定額	円
検査を受けた理由	1又は2(2の場合は①～④)のうち該当する数字を○(マル)で囲み、時期を記入してください。 1 健診結果において、GPTの値が36U/L以上であったため。 ⇒検査日から1年以内のGPTの値が確認できる健診結果の写を添付してください。 2 特別の事情で肝炎ウイルスに感染した可能性があるため。 ① 輸血や臓器移植などの手術を受けた。(年 月) ② 長期間にわたり血液透析などを受けている。(年 月から) ③ 肝炎ウイルスに感染した血液を傷のある手で触った。(年 月) ④ その他(理由を記載してください。)		

○領収書についての注意事項及び貼付欄

ご提出前に、もう一度送付書類のチェック☑をお願いします。

- 申請者・補助金振込先口座の名義人は組合員です。
- 領収書(写可)に受検者の氏名(フルネーム)が記載されています。
- 領収書(または明細書)に検査名(HBs抗原・HCV抗体検査)が記載されています。
- 検査費用は、被保険者証を使用した「保険診療」ではありません。