

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。)

令和 △△ 年 △△ 月 △△ 日 提出

記号番号	71 — △△△△ — △△△△	組合員氏名 (口座名義人)	フリガナ ナカマチ イチロウ
自宅住所	〒 152 - 0003 東京都目黒区三田△-△-△		
連絡先 電話番号	03 - △△△△ - △△△△ (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 みずほ	フリガナ ナカメグロ	1 普通	0 0 1 2 3 4 5
銀行・信用金庫 信用組合・農協 労働金庫	中目黒 支店 (出張所)		
金融機関コード	0 0 0 1	支店コード	1 3 2

※「ゆうちょ銀行」を指定する場合は、通帳を確認のうえ『店名(漢数字3桁)・預金種目・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) ナカマチ マリ 中町 真梨	生年月日	5 昭 7 平 △ 年 △ 月 △ 日
検査年月日	令和 △△ 年 11 月 7 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	5,400 円	支給決定額 (組合処理欄)	
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 特別な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 7 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。

中町 真梨 様	領収書(写)	令和△△年11月7日
¥5,400— (但し、HBs抗原・HCV抗体検査費用 として正に領収いたしました。)	千代田区祝田町2-2 市ヶ谷診療所 TEL 03-7777-1111	療 市 所 ケ 之 谷 印 診