

胃内視鏡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 ヤマシタ ジロウ 山下 次郎
自宅住所	〒 231 - 0004 神奈川県横浜市中区元浜 1 - 5 - 10		
連絡先電話番号	( 045 ) 234 - 5678 (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 ミズホ みずほ	フリガナ ナカメグロ 中目黒 支店 (出張所)	1 普通	0 0 1 2 3 4 5
金融機関コード	支店コード		
0 0 0 1	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。

○ 申請内訳

受検者氏名	フリガナ ヤマシタ ジロウ 山下 次郎			
生年月日	昭和 △△年 10月 1日 (56歳) (年度末年齢) ※年度末年齢とは、検査を受けた年度の末日までに迎える誕生日により到達する年齢となります。 ※前年度(偶数年齢時)補助を受けている場合は補助の対象になりません。			
検査内容	対象年齢	検査年月日	支払金額	支給決定額 (組合処理欄)
胃内視鏡検査	50歳以上の 偶数年齢	令和 △△年 10月 1日	5,000	

○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)が記載がされています。
- 領収書(または明細書)に検査名(胃内視鏡検査)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。

山下 次郎 様	領収書	令和 △年 10月 1日
¥5,000— (但し、胃内視鏡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