

# 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)	28	1234	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	55	03	18
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎					
住所	(〒 650 - 〇〇〇〇 ) 兵庫 都道 府県 神戸市〇〇区1-2						

申請内容	利用者の	被保険者証枝番	氏名	実施年月日	年	月	日
		00	健保 太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 令和	03	06	10
	実施した 医療機関名称	〇〇病院					
	利用者の	被保険者証枝番	氏名	実施年月日	年	月	日
			<input type="checkbox"/> 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	〇〇	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行	<input type="checkbox"/> 信組	<input type="checkbox"/> 農協
		支店コード	支店名	△△△	<input type="checkbox"/> 金庫	<input type="checkbox"/> 漁協	<input type="checkbox"/> 本所
	預金種別	当座・ <input checked="" type="checkbox"/> 普通・貯蓄	口座番号	1234567	<input type="checkbox"/> 本店	<input type="checkbox"/> 出張所	<input type="checkbox"/> 支所
	口座名義 (カタカナ)	ケンポ タロウ					
	左づめでご記入ください						

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。					被保険者と代理人の関係
		委任年月日	令和	年	月	日	
	代理人 (口座名義人)	氏名	住所：「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ				(R3.7)
	住所						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