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

被保険者等 記号・番号 （右づめ）	記号	番号	生年月日　年　月　日 □ 昭和 □ 平成
氏名	（フリガナ）		
住所	（〒　　－　　） 都道府県		

申請内容

利用者の	枝番	氏名	実施年月日　年　月　日 □ 令和
実施した 医療機関名称			
利用者の	枝番	氏名	実施年月日　年　月　日 □ 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	銀行　信組　農協 金庫　漁協
	支店コード	支店名	本店　出張所　本所 支店　支所
預金種別	当座 ・ 普通 ・ 貯蓄	口座番号	左づめでご記入ください
口座名義 （カタカナ）			

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。 委任年月日　令和　年　月　日 氏名	住所：「被保険者（申請者）情報」の住所と同じ
代理人 （口座名義人）	（〒　　－　　） 住所 氏名	

被保険者と代理人の関係

（R7.9）

受付日付印

・この補助金は、被保険者・被扶養者ともに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

サニーピア健康保険組合