

* 誤記入の際は、二重線の上、訂正印を押してください。

肝炎検査助成費支給申請書
(検査報告書)

被保険者証 (又は組合員証) の番号	記号番号を ご記入ください	組合員氏名	組合 三郎
--------------------------	------------------	-------	-------

検査種目	B型 ・ C型		
支払金額	円	検査年月日	令和 年 月 日
健診機関の 証明欄	上記の者が肝炎検査を受けたことを証明する。 令和 年 月 日 〈添付書類〉 (該当者のみ) 所在地 名称		

・健診機関より認印を受けられない方

①領収書の写し(受診者が肝炎検査を行った事実、
時期、金額等が明確に判断できるものに限る)

※検査機関の認印を受けていただくか、領収書の写し(ただし、受診者が肝炎検査を行った事実、時期、金額等が明確に判断できるものに限ります。)を添付してください。

上記のとおり助成費の支給を申請します。

令和 年 月 日 組合員(本人)の住所

〒 422-8006

記入日・申請日 住所 静岡市駿河区曲金3丁目3-3-10

組合員氏名 組合 三郎 (印)

静岡県歯科医師国民健康保険組合 様 組合員(本人)の氏名

組合員の口座に銀行振込いたしますので、下欄にご記入ください。

銀行振込口座番号等(組合員口座)			
振込先	預金種別	口座番号	通帳名義人(組合員)氏名
銀行 信用金庫	普通預金		(フリガナ)
支店	当座預金		

◎太線の枠内に必要事項をご記入ください。

* 申請の締め切りは、令和2年度分は、令和3年(2021年)4月末日
令和3年度分は、令和4年(2022年)4月末日 となります。