

肝炎検査助成費支給申請書 (検査報告書)

被保険者証 の記号番号 (又は組合員証 番号)	(枝番)	受検した 組合員氏名	
----------------------------------	------	---------------	--

検査種目	※該当するものに○を付けてください。 B 型 ・ C 型		
支払金額	円	検査年月日	令和 年 月 日
検査機関 の証明欄	上記の者が肝炎検査を受けたことを証明します。 令和 年 月 日 所在地 名 称 ㊟		

※検査機関の認印を受けていただくか、もしくは領収書の写し（ただし、受検者が肝炎検査を行った事実、日付、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 〒 (受検した) 組合員 住 所 氏 名 ㊟ 静岡県歯科医師国民健康保険組合 様
--

組合員（助成費支給申請者）の金融機関口座へ振り込みますので、下欄にご記入ください。

振込先金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	通帳名義人（組合員）氏名
銀行 農協 信用金庫	支店	普通預金 その他 ()		(フリガナ)

◎太線の枠内に必要事項をご記入ください。