

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		組合員氏名	
--------------------------	--	-------	--

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 所在地 名称 ㊟		

※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 住所 氏名	㊟
静岡県歯科医師国民健康保険組合 様	

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、令和元年度分は、令和2年（2020年）4月末日
 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。