

### 肝炎ウイルス検査費用補助金支給申請書

○申請者(組合員)

平成 年 月 日 提出

被保険者証・組合員証 記 号 番 号	71 — 72 —	組 合 員 氏 名	(フリガナ)
自 宅 住 所	〒 —		
電 話 番 号	( ) —	1 携 帯 ・ 2 勤 務 先 ・ 3 自 宅 4 その他( )	

※ 平日の日中に連絡の取れる電話番号を記入してください。

○受 検 者(検査年月日において本組合の組合員資格又は被保険者資格(家族)がある方で肝炎ウイルス検査を受けた方)

受 検 者 氏 名	(フリガナ)	生 年 月 日	2大 3昭 4平 年 月 日
検 査 年 月 日	平成 年 月 日	検 査 内 容	該当するものを○(マル)で囲んでください。 HBs抗原 ・ HCV抗体
検 査 費 用	円	申 請 金 額	(2,000円限度) 円
検 査 を 受 け た 理 由	1又は2(2の場合は①～④)のうち該当する数字を○(マル)で囲み、時期を記入してください。 1 健診結果において、GPTの値が36U/l以上であったため。 ⇒検査日から1年以内のGPTの値が確認できる健診結果の写を添付してください。 2 特別の事情で肝炎ウイルスに感染した可能性があるため。 ① 輸血や臓器移植などの手術を受けた。( 年 月 ) ② 長期間にわたり血液透析などを受けている。( 年 月から ) ③ 肝炎ウイルスに感染した血液を傷のある手で触った。( 年 月 ) ④ その他( 理由を記載してください。 )		

支 給 決 定 額 (組合記入欄)	円
----------------------	---

○補助金振込先(組合員本人の預金口座に限ります。)

振込先に誤りがあった場合は送金できませんので、できる限り通帳の口座番号等の記載面(ゆうちょ銀行の場合は振込み用の口座番号等の記載面)の写を添付してください。写を添付される場合は記入不要です。

金 融 機 関 名	支 店 名	預金種類	口 座 番 号	口 座 名 義 人 (組 合 員)
フリ ガナ 銀行・信用金庫 信用組合・農協 労働金庫	フリ ガナ 支 店 (出張所)	1 普通 (総合を含む) 2 当座		フリ ガナ
金融機関コード	支店コード	(右つめでご記入ください。)		

- ※ 「ゆうちょ銀行」を指定する場合は、振込用の『店名(漢数字3桁)・預金種目・口座番号(7桁)』を確認のうえ記入してください。
- ※ 金融機関・支店の統廃合により、金融機関名等が変更になっているときは、変更後の金融機関情報を記入してください。
- ※ 申請書提出の翌月末日までに入金されていないときは、関東事務所にご照会ください。

○領収書貼付欄

#### 領収書の原本を貼付又は添付してください。(領収書等は、お返ししません。)

領収書には、必ず次の内容が記載されているかご確認ください。記載されていない場合は、その内容が記載された明細書を添付してください。

- (1) 検査を受けた方の氏名
- (2) 検査内容(HBs抗原・HCV抗体検査)
- (3) 検査費用
- (4) 検査を受けた病(医)院名、電話番号