

肝炎ウイルス検査費用補助金支給申請書の記入例

全国土木建築国民健康保険組合理事長 様

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 - 1505 - 150	組 合 員 氏 名	(フリガナ) ナカマチ イチロウ 中 町 一 郎
自 宅 住 所	〒 152 - 0003 東京都目黒区三田 1 - 2 - 3		
電 話 番 号	(03) 7777 - 7777	<input checked="" type="checkbox"/> 1 携帯 ・ <input type="checkbox"/> 2 勤務先 ・ <input type="checkbox"/> 3 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 4 その他 ()	

※ 平日の日中に連絡の取れる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) ナカマチ マリ 中 町 真 梨	生 年 月 日	<input checked="" type="radio"/> 2大 <input checked="" type="radio"/> 3昭 <input checked="" type="radio"/> 4平 45 年 7 月 19 日
検 査 年 月 日	平成 △△ 年 11 月 7 日	検 査 内 容	該当するものを○(マル)で囲んでください。 <input checked="" type="checkbox"/> HBs抗原 <input checked="" type="checkbox"/> HCV抗体
検 査 費 用	5,400 円	申 請 金 額	(2,000円限度) 2,000 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。 <input checked="" type="checkbox"/> ① 輸血や臓器移植などの手術を受けた。(平成 27 年 7 月) <input type="checkbox"/> ② 長期間にわたり血液透析などを受けている。(年 月から) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> ④ その他(理由を記載してください。)		

支払金額が、2,000円未満のときはその金額を、2,000円以上のときは2,000円と記入してください。

この欄は記入しないでください。----->

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

○補助金振込先(組合員本人の預金口座に限りです。)

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
フリガナ ミズホ	フリガナ ナカメグロ	<input checked="" type="radio"/> 1 普通 (総合を含む) <input type="radio"/> 2 当座	0 0 1 2 3 4 5	フリガナ ナカマチ イチロウ
みずほ	中目黒 (出張所)			中 町 一 郎
金融機関コード 0 0 0 1	支店コード 1 3 2	(右づ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、関東事務所にこ照会ください。

領収書		平成△△年11月7日
中 町 真 梨 様 ￥5,400- (但し、HBs抗原・HCV抗体検査費用として 正に領収いたしました。)		目黒区目黒本町7-5-3 大山医院 TEL 03-4999-2999 院之印 大山医

は、下の事項をお読みになり、特に注意してください。

領収書についての注意事項

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