

胃内視鏡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 - 94	組 合 員 氏 名	(フリガナ) ヤマシタ ジロウ 山下 二郎
自 宅 住 所	〒 231 - 0004 神奈川県横浜市中区元浜1-5-10		
電 話 番 号	( 090 ) 000 - 0000 <small>※ 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。</small>	1 携帯 2 勤務先 3 自宅 4 その他( )	

支払金額が、3,000円未満のときはその金額を、3,000円以上のときは3,000円と記入してください。

○申請内訳

受 検 者 氏 名	(フリガナ) ヤマシタ ジロウ 山下 二郎	検 査 年 月 日	平成 △△年 10月 1日
生 年 月 日・ 年 度 末 年 齢	明治 大正 36年 10月 1日 (56歳) ←年齢は、検査を受ける年度の末日での年齢です。 昭和	検 査 内 容	胃内視鏡検査 (食道及び十二指腸を含む検査も可能)
差 額 の 検 査 費 用	(胃部エックス線検査と胃内視鏡検査費用の差額を記入) 4,000円	申 請 金 額	(3,000円限度) 3,000円

※申請前に、裏面の注意事項をご確認ください。  
※保険診療による検査は補助の対象になりません。  
※平成29年度については、奇数年齢の方は補助対象外です。

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。)

この欄は記入しないでください。

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 ミズホ	フリガナ ナカメグロ	普通 (総合を含む) 2当座	0 0 1 2 3 4 5	フリガナ ヤマシタ ジロウ
みずほ	中目黒 支店 (出張所)			山下 二郎
金融機関コード 0 0 0 1	支店コード 1 3 2	(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。

領収書の原本を貼付又は添付してください。

領収書		平成△△年 10月 1日
山下 二郎 様	目黒区目黒本町7-5-1 大山医院 Tel. 03-4999-2999	大山 医院 印
¥4,000-	(但し、胃内視鏡検査費用として正に領収いたしました。)	

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(胃内視鏡検査)
- (3) 検査費用(複数の検査を併せて受けている場合は、内訳を記載してもらってください。)
- (4) 検査を受けた委託健診機関名、電話番号