

再検査費用 補助金支給申請書

提出日	年 月 日											
① 申請者の情報	健康保険 被保険者証	記号	番号	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者								
	氏名・印	(フリガナ)										
	携帯番号	<input type="checkbox"/> 印 ※自署の場合は 捺印不要										
	勤務先名	※平日の日中に 連絡がつく番号 部署名										
② 振込先口座	健康保険被保険者証の記号が 1・7・13・17・20・25・29・32・34・42・47・48・50・52・53・54・55・56・57 の事業所に所属する方は、被保険者の給与振込の為、下記の②振込先口座の記入は不要です。※上記の事業所の方は、給与振込口座以外にはお振込しません。ご了承下さい。											
	金融機関 支店名	銀行 農協 本店 信組 金庫 支店 その他 () その他 ()										
	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table> ※左づめでご記入ください								
口座名義	(フリガナ)											
③ 再検査の受診情報	医療機関名	受診日	支払額									
		年 月 日	円									
		年 月 日	円									
		年 月 日	円									

※再検査費用 補助金支給申請書に必要なもの

✓提出前にご確認ください

再検査費用 補助金支給申請書

領収書（写しでも可）

明細書又は再検査結果

※原則 15 日までに受付したものは、当月の 25 日（給与振込の場合は翌月の給与と併せて）にお振込します。

補助金支給決定額	担当
¥ -	