別紙 1

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
	氏名・印	（フリガナ） ㊞	※自署の場合は 捺印不要
	携帯番号		※平日の日中に 連絡がつく番号
	勤務先・部署		

②振込先口座				
	健康保険被保険者証の記号が２・５・９・10・12・18 の事業所に所属する方のみ、下記の②振込先口座の記入をしてください。※上記の事業所に該当しない方は、②振込先口座の記入は不要です。被保険者の給与口座にお振込します。ご了承ください。			
	金融機関 支店名	□銀行 □信用金庫 □信用組合 □農協 □その他	□本店 □支店 □その他	
	預金種別	□普通 □当座	□座番号	※左づめでご記入ください
	□座名義	（フリガナ）		

③再検査の受診情報	医療機関名	受診日	再検査内容	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）

□検査項目の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（事業所経由での振込の場合は翌月）にお振込します。

補助金支給決定額	担当
¥	