

# C型肝炎検査補助金請求書

金 円也

但し C型肝炎検査補助金として

\*補助金額は、1人につき 4,000円 が上限です。

《受診者名簿》 被保険者 名 計 名  
被扶養者 名

本人(被保険者)			家族(被扶養者)		
検査 月日	記号-番号	氏名	検査 月日	記号-番号	氏名
	-			-	
	-			-	
	-			-	
	-			-	

令和 年 月 日

住所 〒 -

請求者氏名

電話 ( )

☆添付書類☆ 1. 領収書(写)

振 込 先	金融機関名	銀行 支店番号 ( ) 信金 支店 信組	郵便局 (ゆうちょ銀行に口座のない方) 記号-番号
	預金の種別 口座番号	当座 普通	-
	口座名義	フリガナ	

※振込先は、通帳等を確認のうえ正しくご記入ください。

※請求者以外の口座に振込む場合は下の委任状にご記入ご捺印ください。

私、 は にC型肝炎検査補助金の受領に関することを委任  
します。

令和 年 月 日 住所  
請求者 氏名