

大腸内視鏡検査(大腸カメラ)補助金支給申請書

(注) この申請書に所定の事項を記入し、検査に要した費用の領収書(コピー可)を添付の上申請して下さい。

被保険者証の 記号と番号	1355	被保険者氏名	東貨 元気	
	1			
被保険者住所	〒 160 - 0004 東京都新宿区四谷1-23			
受診者	氏名	東貨 花子	被保険者との続柄	妻
	生年月日	昭和 36 年 5 月 1 日生 (65 歳)		
	電話	03 (3359) 8162		
健診を受けた 医療機関 クリニック等	名称	〇〇〇〇クリニック	契約	<input checked="" type="checkbox"/> 当組合直接契約 <input type="checkbox"/> 東振協契約
	所在地	東京都新宿区四谷〇〇-〇 TEL 03(3359)XXXX		
健診を受けた年月日	2022 年 4 月 1 日			
健診に要した費用	金 22,000 円也			

(補助金は5,000円を限度とします)
※鎮痛剤(鎮静剤)の費用を含む

被保険者の口座に振込むとき	この補助金を下記の銀行口座にお振り込みください	被保険者以外の口座に振込むとき	委任状	
	〇〇 銀行 〇〇 支店 信金 当座 普通 (No. XXXXXXX)) フリガナ トウカゲンキ 口座名義 東貨 元気		私はこの補助金の受領を委任します。 年 月 日 住所 委任者 氏名 ----- 住所 受任者 氏名	振込希望の金融機関
	* 被保険者以外の口座に振込むときは右の欄にご記入ください		当座・普通 (No.)	フリガナ 口座名義