# [事業所払用]
# 大腸内視鏡検査(大腸カメラ)補助金支給申請書

| | | | |
|---|---|---|---|
| 保険証記号 | | 事業所名称 | |
| 事業所の所在地 | 〒　　－ | | |
| 担当者氏名 | | 連絡先電話番号 | |

受　診　者　名　簿　　＊各個人の保険証番号を必ずご記入して下さい＊

| 保険証番号 | 氏名 | 保険証番号 | 氏名 |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

※振込先は事業所の口座になります

| 補　助　金　振　込　先　銀　行　口　座 | |
|---|---|
| 銀行<br>信金 | 支店　当 座 ・ 普 通　No. |
| フリガナ<br>口座名義 | |

（注）・所定の事項をもれなく記入し、検査に要した費用の領収書（コピー可）を添付の上提出してください。