

胃内視鏡検査(胃カメラ)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			被保険者氏名		
被保険者住所	〒				
受診者	氏名			被保険者との続柄	
	生年月日	昭和	年	月	日生 (歳)
	電話	()			
健診を受けた 医療機関 クリニック等	名称			契約	<input type="checkbox"/> 当組合直接契約 <input type="checkbox"/> 東振協契約
	所在地	TEL ()			
健診を受けた年月日	年 月 日				
健診に要した費用	金 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		委任状	
	銀行	支店	私はこの補助金の受領を委任します。	
	信金		年 月 日	
	当座・普通 (No.)		委任者	住所 氏名
フリガナ		受任者	住所 氏名	
口座名義		振込希望の金融機関		
		銀行	支店	
		信金		
		当座・普通 (No.)		
		フリガナ		
		口座名義		
	* 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			