[事業所払用]
胃内視鏡検査(胃カメラ)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 信金	支店　当座・普通 No.
フリガナ 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。