

胃・大腸内視鏡検査にかかる費用補助金支給申請書

- ・太枠内に必要事項をご記入の上、但し書きが記載された領収書(原本)を添付して申請してください。
 - ・いずれか一方の検査のみでも補助いたします。両方の場合はまとめて申請をお願いします。
 - ・同一医療機関で2名まで記載できます。用紙が不足する場合は、コピーしてご利用ください。
- ※保険診療として検査された場合は対象外です。**

記号 - 番号			対象となる被保険者	組合員、高齢組合員、配偶者、40歳～74歳の家族
検査を受けた被保険者氏名	生年月日	検査を受けた日	検査の種類(該当に○印)	検査に要した費用の額
	大・昭・平 年 月 日生	令和 年 月 日	胃内視鏡	_____円 ※領収書添付
		令和 年 月 日	大腸内視鏡	_____円 ※領収書添付
検査を受けた被保険者氏名	生年月日	検査を受けた日	検査の種類(該当に○印)	検査に要した費用の額
	大・昭・平 年 月 日生	令和 年 月 日	胃内視鏡	_____円 ※領収書添付
		令和 年 月 日	大腸内視鏡	_____円 ※領収書添付
胃内視鏡検査を実施した医療機関	所在地 名称			
大腸内視鏡検査を実施した医療機関	所在地 名称			
上記にかかる費用について、領収書を添えて申請します。 令和 年 月 日 組合員 住所 氏名 電話 宮崎県医師国民健康保険組合理事長 殿				
振込先	銀行		口座番号	
	本店	支店	普通 No.	
	口座名義		フリガナ	

組合処理欄	支給決定額	円 *胃…1人1回上限15,130円で実費を支給 *大腸…1人1回上限22,280円で実費を支給
	支払日	令和 年 月 日