

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 大・昭・平 年 月 日生	検査を受けた日 令和 年 月 日	検査の種類(該当に○印) 胃内視鏡 _____円 ※領収書添付
		検査を受けた日 令和 年 月 日	検査の種類(該当に○印) 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 大・昭・平 年 月 日生	検査を受けた日 令和 年 月 日	検査の種類(該当に○印) 胃内視鏡 _____円 ※領収書添付
		検査を受けた日 令和 年 月 日	検査の種類(該当に○印) 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	*胃…1人1回上限15,160円で実費を支給 円 *大腸…1人1回上限22,500円で実費を支給
	支払日	令和 年 月 日