ＰＣＲ検査の自家検査による費用負担補助金申請書

支給決定額	円

◎ この申請書は、コピーしてお使いいただいても構いません。（ホームページからもダウンロードできます。）
◎ 太線枠内をご記入ください。また、なるべくまとめて申請してください。
◎ 検査機関より送付されてきた「検査結果の写し」を添付して申請してください。

自家検査として実施した医療機関

所在地:

名　称:

被保険者証記号・番号		受診者氏名 ・ フリガナ	支給金額
記号	番号		円
			円
			円
			円
			円
			円
			円

振込希望金融機関	1. 長崎県医師信用組合本店 2. 銀行 支店			フリガナ	
	1. 普通 2. 当座 3. 貯蓄	口座番号		口座名義（医師組合員名義または事業所名義）	

上記のとおり申請します。

令和　　年　　月　　日

医師組合員

住 所

氏 名　　㊞

長崎県医師国民健康保険組合理事長　殿

※申請期限　令和3年4月30日