

PCR検査及び抗原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けます。（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。
- ◎ 検査項目は、該当する方にチェックを入れてください。（両方受けられた場合は、両方共チェックを入れてください。）
- ◎ 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。
- ◎ 抗原検査を実施され「検査結果の写し」が無い場合は、「抗原検査実施報告書」を添付してください。

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	検査項目	支給金額
記号	番号		<input type="checkbox"/> PCR検査 <input type="checkbox"/> 抗原検査	円
			<input type="checkbox"/> PCR検査 <input type="checkbox"/> 抗原検査	円
			<input type="checkbox"/> PCR検査 <input type="checkbox"/> 抗原検査	円
			<input type="checkbox"/> PCR検査 <input type="checkbox"/> 抗原検査	円
			<input type="checkbox"/> PCR検査 <input type="checkbox"/> 抗原検査	円
			<input type="checkbox"/> PCR検査 <input type="checkbox"/> 抗原検査	円

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

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

住所 _____

医師組合員 氏名 _____ (印)

長崎県医師国民健康保険組合理事長 殿