

理事長	副理事長	常務理事	常務理事	事務長	係

受付印

## P C R 検査費用助成申請書

- ◎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。)
- ◎検査機関より送付された検査結果(コピー)及び検査費用がわかる領収書等(コピー)を添付してください。
- ◎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。

<b>【第一種・第三種組合員の医療機関(勤務する医療機関を含む)又はPCR検査を実施した医療機関】</b> 所在地 医療機関名
-----------------------------------------------------------------------

No.	被保険者証番号	検査を受けた者の氏名	検査年月日	検査に要した費用	助成申請額 (上限 10,000 円)
1			令和 年 月 日		
2			令和 年 月 日		
3			令和 年 月 日		
4			令和 年 月 日		
5			令和 年 月 日		
助成申請額		名分 助成額合計			円

振 込 先	金融機関名	銀行 信金・信組 その他( )	支店名	本店 支店 出張所 ※ゆうちょ銀行の場合は3桁の店番を記入( )
	口座種別	普通・当座		
	口座番号		フリガナ 口座名義人	

※第一種・第三種組合員または事業所名義の口座をご記入ください。

PCR検査費用助成について、上記のとおり申請します。

令和 年 月 日	住所 _____
第一種・第三種組合員 氏名	_____ ㊟

秋田県医師国民健康保険組合理事長 様

■組合記入欄

支給決定額	支給決定日	備考
円	令和 年 月 日	

【裏面に続く】

## 注意事項

□検査実施後概ね2週間以内に申請書の提出をお願いします。

(但し、年度末に検査した場合、申請書提出期限は令和5年4月20日までとなります)

□申請の際は、検査機関から送付される検査結果と検査費用が記載された領収書等のコピーを添付してください。

□助成回数は年度内一人一回となりますので、重複申請とにならないようご注意ください。