

理事長	常務理事	事務長	係

## 自家検査によるPCR検査の費用負担補助金申請書

- ◎ 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「検査結果の写し」を添付して申請してください。
- ◎ 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。

自家検査によるPCR検査を実施した医療機関 所在地 医療機関名
---------------------------------------

	被保険者証記号・番号	検査を受けた者の氏名	検査年月日
1	石医 ー		令和 年 月 日
2	石医 ー		年 月 日
3	石医 ー		年 月 日
4	石医 ー		年 月 日
5	石医 ー		年 月 日
6	石医 ー		年 月 日
支給申請額		名 補助金 (10,000円 × 名)	円

振 込 先	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合	支店名	本店 支店 出張所
	口座種別	普通・当座	フリガナ	
	口座番号		口座名義人	

※医師組合員または事業所名義の口座を記入ください。

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 <span style="float: right;">(印)</span>

石川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	