

様式（コピーしてご使用ください）

常務理事	事務長	係長	担当	台帳登載	支給伝票	支給年月日	支給決定金額
							円

令和4年度 PCRおよび抗原検査の自家検査に係る補助申請書

自家検査として実施した医療機関							
所在地：							
名称：							
被保険者 記号・番号	(枝番)	氏名	検査年月日	体温	症状 (検査理由)	検査	補助金額
岡302・			令和 年 月 日	℃		<input type="checkbox"/> PCR	8,500円
			令和 年 月 日	℃		<input type="checkbox"/> 抗原	3,000円
			令和 年 月 日	℃		<input type="checkbox"/> 抗原	3,000円
岡302・			令和 年 月 日	℃		<input type="checkbox"/> PCR	8,500円
			令和 年 月 日	℃		<input type="checkbox"/> 抗原	3,000円
			令和 年 月 日	℃		<input type="checkbox"/> 抗原	3,000円
岡302・			令和 年 月 日	℃		<input type="checkbox"/> PCR	8,500円
			令和 年 月 日	℃		<input type="checkbox"/> 抗原	3,000円
			令和 年 月 日	℃		<input type="checkbox"/> 抗原	3,000円
岡302・			令和 年 月 日	℃		<input type="checkbox"/> PCR	8,500円
			令和 年 月 日	℃		<input type="checkbox"/> 抗原	3,000円
			令和 年 月 日	℃		<input type="checkbox"/> 抗原	3,000円
岡302・			令和 年 月 日	℃		<input type="checkbox"/> PCR	8,500円
			令和 年 月 日	℃		<input type="checkbox"/> 抗原	3,000円
			令和 年 月 日	℃		<input type="checkbox"/> 抗原	3,000円
補助金額合計							円
上記のとおり、申請します。							
年 月 日 印 第1(3)種 組合員 住所 (医師) 氏名 印 岡山県医師国民健康保険組合 殿							

振込先	名称	銀行	支店	口座 名義人 (フリガナ)
	種別	1. 普通	2. 当座	
	口座番号			

- 【注意事項等】**
- PCR検査をした場合は、必ず、検査結果（写）を添付してください。
 - 申請期限は令和5年4月28日までとなります。（なるべくまとめて申請してください）
 - PCR検査は、対象者1人につき、**8,500円（1回限り）**を補助します。
抗原検査は、対象者1人につき、**3,000円（2回まで）**を補助します。

※ この申請にかかる個人情報、PCRおよび抗原検査の自家検査に係る補助申請以外の目的には使用いたしません。