確認印			

この欄は被保険者が記入して下さい

胃部内視鏡検査補助金申請書

令和　年　月　日

HOYA健康保険組合　御中

胃部内視鏡検査の費用として、胃部内視鏡検査結果報告書を添えて補助金申請いたします。

フリガナ		健康保険記号番号	記号		番号	
被保険者氏名（社員本人）		電話番号	ー		ー	
受診者氏名		被保険者との続柄				

注意事項

＊任継者は、健康保険任意継続被保険者資格取得申請書に記入いただいた口座に振込します。
＊変更がある場合は、下記の振込先をご記入ください。
＊補助金申請書は、令和9年1月29日までにご提出ください（当日消印有効）

振込先	名義人（被保険者）					
	銀行名	銀行コード	支店名	支店コード	口座種別	口座番号
					普通	

事務局欄

請求金額						円

※HOYA健保にて記入いたしますので、記入しないでください

この欄は医療機関に記入していただいて下さい

胃部内視鏡検査費用領収書

令和　年　月　日

様

領収金額						円

※領収書は貼らないでください

検査料として、上記の金額を領収しました。

医療機関住所

医療機関名称

（印）

＊別に領収書を発行するときは、この領収書欄の記入は必要ありません。

＊本申請書に記載された個人情報は、当健康保険組合個人情報保護方針に定める事業にのみ使用し、他の目的には使用いたしません。