

健 保 記 入 欄	補助金額(円)

健 保 押 印 欄	常務理事			担当者

(株)メデカルアシストによる
腫瘍マーカー検査補助金申請書

申 請 者 記 入 欄	健康保険被保険者証	記号	番号
	被保険者氏名		
	受診日	年	月 日
	領収書金額	円	
	※任意継続被保険者(記号200)の方は記入不要です <p style="text-align: center;"><u>委 任 状</u></p> 私は下記の者にこの補助金の受領を委任します <p style="text-align: right;">年 月 日</p> 被保険者氏名		

総 合 事 務 部 記 入 欄	事業所名
	被委任者
	事業主名

※ 太枠の中を記入し、(株)メデカルアシストの領収書(原本)を添付のうえ会社の担当者へ提出してください

※ 任意継続被保険者(記号200)の方は健康保険組合へ提出してください

受付印