

ピロリ菌検査 補助金請求書

金 円也

但し、ピロリ菌検査補助金
上記の金額を領収書添付の上請求します。

令和 年 月 日

大阪菓子健康保険組合 理事長 様

事業所の 名 称

所 在 地

事業主氏名 ⑩

(請求が個人の場合は)

被保険者 氏 名 ⑩

接種者 氏 名

振込先銀行	銀行	支店	普通・当座
	口座名義人	フリガナ	No.

※健康保険組合使用欄	円
------------	---