|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PCR検査・抗原検査助成費申請書  　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　　年　　　　月　　　日  秋田県立大学後援会会長　殿  　　　　　　　所属学部･研究科  　　　　　所属学科･専攻  　　　　　学籍番号    氏　　名 　　　　　　　　　　　印  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　連 絡 先  下記によりPCR検査・抗原検査助成費を申請します。  記  １　検査実施期日　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日  ２　検査の種類　　　　（　PCR検査　・　抗原検査　）（　通院検査　・　郵送検査　）  ３　実施した医療機関    　 ４　検査にかかった実費　　　　　　　　　　　　　　　円  ５　検査受診の理由  　※裏面に検査受診をした医療機関の発行する領収書、または郵送検査に要した経費の領収書、その他追加して提出する書類等を添付すること。（添付がない場合助成はできません。） | | | | | | | | | |
| 支　払　方　法 | 口　座　振　替　払 | | | | | | | | |
| 振　込　銀　行 | 銀　行　　　　　　　支　店 | | | | | 店 番 | |  | |
| フリガナ |  | | | | | | | | 普　　　通 |
| 口　座　名　義 |  | | | | | | | |
| 口　座　番　号 |  |  |  |  |  |  |  | |
| 摘　要 | | | | | | | | | |

領　収　書　貼　付　欄

以下の内提出できるものを添付すること。

（１）　医療機関発行領収書受

（受診者氏名、検査年月日、受診医療機関名、検査料金、領収印、「PCR検査分」または「抗原検査分」と明記されているもの）

（２）郵送による検査でかかった経費の領収書

（検査キット及び検査料のレシート（またはWEB払込領収書）と、検査受診を証明する書類のコピー）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PCR検査・抗原検査助成費申請書  　　　　　　　　　　　　　　　令和　　３年　　８月　２０日  秋田県立大学後援会会長　殿  　　　　　　　所属学部･研究科　システム科学技術学部  　　　　　所属学科･専攻　　　機械工学科  　　　　　学籍番号　　　　　B22M000    氏　　名 　　県大　太郎　　　　印  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　連 絡 先　　　０９０－０００－１１１１  下記によりPCR検査・抗原検査助成費を申請します。  当てはまるもの全てに○を記入してください  記  １　検査実施期日　　　　　　　令和　３年　　８月　１０日  ２　検査の種類　　　　　　（PCR検査　・　抗原検査　）(　通院検査　・　郵送検査)  郵送検査の場合、検査キット代、検査料、陰性証明書代等経費合計額を記入してください。  ３　実施した医療機関　　　　　 ○　×　総合病院    　 ４　検査にかかった実費　　　　　　　　２５，０００　円  ５　検査受診の理由　　　　　　　　　体調不良のため  　※裏面に検査受診をした医療機関の発行する領収書、または郵送検査に要した経費の領収書、その他追加して提出する書類等を添付すること。（添付がない場合助成はできません。） | | | | | | | | | |
| 支　払　方　法 | 口　座　振　替　払 | | | | | | | | |
| 振　込　銀　行 | 秋　田　銀　行　　　　○　○　支　店 | | | | | 店 番 | | ０００ | |
| フリガナ | ケンダイ　タロウ | | | | | | | | 普　　　通 |
| 口　座　名　義 | 県大　太郎 | | | | | | | |
| 口　座　番　号 | １ | １ | １ | １ | １ | １ | １ | |
| 摘　要 | | | | | | | | | |