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

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

※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　5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

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。

記

当てはまるもの全てに○を記入してください

1　検査実施期日　令和　5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）

3　実施した医療機関　○　×　総合病院

4　検査にかかった実費　3,000　円

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。

※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								