

様式①

## 補助申請書

北海道医療大学後援会  
会長 三上 章 殿

【提出日】 [ 年 月 日 ]  
【在籍】 [ 薬 / 歯 / 看護 / 福祉 / 心理 / 理学 / 作業 / 言語 / 検査 / 衛専 / 大学院 ]  
【学生番号】 [ ]  
【氏名】 [ ]  
【連絡先(携帯番号)】 [ ]  
【連絡先(e-mail)】 [ ]  
【振込口座情報】 [ 新規 ・ 変更 ・ 継続 ]

※継続（以前に口座情報を届けて出ている）の場合は、以下の記載は不要です

【銀行名】 [ 銀行 ・ 信用金庫 ] [ 支店 ]  
【種別】 [ 普通 ・ 当座 ]  
【口座番号】 [ ]  
ふりがな  
【口座名義】 [ ]

※通帳の名義を記入して下さい

下記のとおり、補助を申請いたします。

(太枠内のみ記入。ただし、「受診科」は保健センターの受診や薬局の場合は記入不要)

診療を受けた日(診療日)	医療機関(薬局)名	受診科 *保健センター受診/ 薬局は記入不要	領収書金額	*補助額	
				上段:保険額	下段:保険外額
年 月 日		科	円	円	円
年 月 日		科	円	円	円
年 月 日		科	円	円	円
年 月 日		科	円	円	円
年 月 日		科	円	円	円
年 月 日		科	円	円	円
合計			円	円	円
			*合計	円	

注)裏面にも記載欄と補助申請の注意事項があります。  
必ず注意事項を読んで申請してください。

※振込口座について、新規または変更の場合、通帳またはキャッシュカードのコピー  
(口座番号、名義人が記載されている箇所)を1部、添付してください。

