

ご注意ください

検査費用自己負担金の振り込みについて

- ◎振込期限内に自己負担分の入金(2,000 円)を財団が確認後に、財団から検査費用の助成(3,000 円)を行います
- ◎振込手数料は各自ご負担ください
- ◎振込後は必ず受診票に日付をご記入ください
- ◎入金の確認ができなければ血清保存は行いません
- ◎登録者本人名義でなければ確認できません
- ◎いかなる場合においても、返金はできません
- ◎生活保護世帯、非課税世帯の方も検査費用が必要です
- ◎振込先の十六銀行様は、SDGsの取り組みからペーパーレス化に注力しているため、今年度より振込用紙を同封できません。
ご了承のほどお願い申し上げます。
見本として各施設に1~2枚お送りしております。

<振込先>

十六銀行(0153) 黒野支店(111)

普通 1579084

ザイ)ギフケンアイバンク・ゾウキイショクスイシンザイダン

公益財団法人岐阜県アイバンク・臓器移植推進財団