

節目健診補助金支給申請書

被 保 険 者 証 記 号 ・ 番 号	全 歯	健 診 者 氏 名		男 ・ 女
健 診 年 月 日	年 月 日			
健 診 施 設 名				
	領収書額	支給金額		
	円			円

上記のとおり領収書を添えて申請致します。

(組合員の口座を記入してください。)

必 ず 記 入	(フリガナ)	
	振 込 先	銀行・信金 店 信組・農協 出張所
	口座番号	
	口座種別	普 通 当
	(フリガナ)	
	通帳名義	

年 月 日

郵便番号 〒 _____

組合員 住 所

氏 名 _____

Ⓜ ※自署の場合は
押印省略可

電話番号 (_____)

全国歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

- 注意 1 : 健診受診期間は、該当年度の4月1日から翌年の3月末日まで。
2 : 申請期限は、当該事業年度の終了した年の3月末日支部事務所必着。
3 : 領収書は、健康診断料、人間ドック料と記載されたもので原本を添付してください。

係



支部長	支部常務	係

