

# 節目健診補助金支給申請書

記号・番号	全歯 ー	健診者 氏名	生年月日 SH 年 月 日( 歳)	男・女
健診年月日	令和 年 月 日			
健診施設名				
	領収書額	支給金額	ここへは記入しないでください	
	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 支店 信組・農協 出張所
	口座番号	
	口座種別	普 ・ 当
	(フリガナ)	
	通帳名義	

年 月 日

組合員 住 所 〒 -

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 ※自署の場合は  
押印省略可

電話番号 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

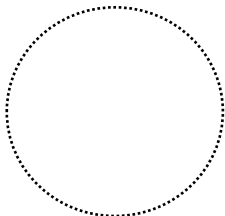
全国歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

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

