

常務理事	事務局長	課長補佐	係

※ 提出期限 年度内 (3 月末)

熊本県歯科医師会主催 健康診断補助申請書

記号番号 熊歯 .

甲種組合員名

受診者 (乙種組合員) ※枝番号順に記載ください。

NO	枝番号	受診者名	NO	枝番号	受診者名
1			6		
2			7		
3			8		
4			9		
5			10		

受診者数 名 ・ 費用 円

振込先

番号・名義・フリガナ等は、正確にご記入ください。

_____銀行_____本・支店

普通・当座 口座番号_____

フリガナ

口座名義 _____

熊本県歯科医師会主催の健康診断につきまして申請いたします。

令和 年 月 日

〒

甲種組合員 住所

氏名

⑩

熊本県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

- ・補助対象者・・・本組合被保険者の乙種組合員
- ・支給時期・・・健康診断料の口座振替確認後

補助金額

, 000 円

補助対象者は乙種組合員（本組合被保険者である従業員）