

常務理事	事務局長	課長補佐	係

## 健康診断追加項目 補助申請書

記号番号 熊歯

甲種組合員名

提出期限 年度内（3月末）

	被保険者 枝番号	受診者名 (枝番号順に記載)	ペプシノゲン	便潜血	PSA	百分率	ピロリ菌	喀痰	甲状腺	合計金額
			3,200円	1,000円	1,600円	100円	1,500円	2,500円	4,500円	
例	01	歯科 太郎	○				○			4,800円
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
総 合 計 (○の総計数記入)										

**振 込 先**

※番号・名義・フリガナ等、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 \_\_\_\_\_

受診者全員の領収書を添えて申請します。

令和 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

〒 \_\_\_\_\_

甲種組合員 住 所

氏 名

㊟

熊本県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

補助金額

円

※ 添付書類 領収書 (写し)