

常務理事	事務局長	課長補佐	係

提出期限
・ 年度内（3月末）

健康診断補助申請書 (熊本県歯科医師会 健診用)							
記号番号	熊歯	甲種組合員名					
受診者(乙種組合員)氏名・費用				被保険者番号順に記載ください。			
NO	被保険者 枝番号	受診者名(乙種組合員)	費用額	NO	被保険者 枝番号	受診者名(乙種組合員)	費用額
1			9,720円	6			
2				7			
3				8			
4				9			
5				10			
合計		受診者数		名		費用	
						円	
事務局記載欄				補助額		円	
補助 金 振 込 先	銀行_____本・支店 普通・当座 口座番号_____						
	フリガナ 口座名義 _____ 口座名義等は、振込の際に必要ですので、正確にご記入ください。						
上記のとおり申請いたします。							
平成 年 月 日							
〒							
申請者(甲種組合員) 住所							
氏名							
熊本市歯科医師国民健康保険組合理事長 殿							

補助対象者は乙種組合員(本組合被保険者である従業員)になります。

必ずお読みください。

補助対象は、**本組合被保険者の乙種組合員のみ**になります。

振込先は、**原則として組合員本人の口座をご記入ください。**組合員以外の口座の場合は、別紙委任状が必要です。組合宛ご連絡いただくか(送付します) ホームページよりダウンロードして、必ず添付ください。

領収書等の添付書類はこちらで確認ができるため不要ですが、補助金支給については、**健康診断料の口座振替確認後となり、遅くなりますことを、予めご了承ください。**