

常務理事	事務局長	課長補佐	係

甲種組合員配偶者(40歳未満)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	
------	------	--------	--

受診者氏名	費用額
-------	-----

	9,720 円
--	---------

※補助対象は甲種組合員配偶者(本組合被保険者)のみになります。

補助額	5,000 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、振込の際に必要なですので、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

Ⓜ

熊本県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

提出期限・年度内(3月末)

※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、別途委任状が必要になりますので組合宛ご連絡いただくか、ホームページよりダウンロードして必ず添付ください。

※健康診断料の口座引き落とし確認後の支給となりますので、支給については、遅くなりますので予めご了承ください。