

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（熊本県歯科医師会健診用）

記号番号	熊歯 .	甲種組合員名	
------	------	--------	--

受診された追加項目に、人数を記入してください。

NO	項 目	甲種本人	甲種配偶者	乙種本人	家 族	計
1	ペプシノゲン @3,200 円					
2	便潜血検査 @1,000 円					
3	前立腺検査 P S A @1,600 円					
4	百分率検査 @100 円					

補助金額は銀行口座へ振り込みますので、必ず振込先をご記入ください。

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

印

熊本県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

補 助 金 額

円

**本申請書に領収書（写）を必ず添付してください。**

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ご利用ください。

提出期限  
・ 年度内（3月末）