

常務理事	事務局長	課長補佐	係

提出期限  
・ 年度内（3月末）

人間ドック補助申請書			
回目申請分			
被保険者記号番号		受診者氏名	
熊歯 ・ ー		住 所	
受 診 日	平成 年 月 日		
受診医療機関			
受診ドック名 (部 位)			費 用 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 _____ <small>※口座名義等は、振込みに必ず必要ですので正確にご記入ください。</small>		
上記により申請いたします。			
平成 年 月 日			
〒 ー			
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 <span style="float: right;">⑩</span>			

補助金額	
------	--

※領収書（写）を必ず添付してください。

※特定健診の対象者（40歳から74歳）の方は、健診結果表（写）を添付してください。

※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（送付します）ホームページよりダウンロードして添付ください。