

組合記入欄	常務理事	事務局

令和 年度 健康診断補助金支給申請書

種 別	被保険者証記号番号	氏 名	受 診 日
第1種組合員	み 歯 (フリガナ)		令和 年 月 日
	A		
第1種・第4種 配偶者	み 歯 (フリガナ)		令和 年 月 日
	A		
第 種 組合員・家族	み 歯 (フリガナ)		令和 年 月 日
	A		
第 種 組合員・家族	み 歯 (フリガナ)		令和 年 月 日
	A		
第 種 組合員・家族	み 歯 (フリガナ)		令和 年 月 日
	A		
第 種 組合員・家族	み 歯 (フリガナ)		令和 年 月 日
	A		
第 種 組合員・家族	み 歯 (フリガナ)		令和 年 月 日
	A		
組合記入欄	支 給 額		円

令和 年 月 日

上記について領収書及び健診結果表等を添えて申請いたします。

第1種 診療所所在地 _____

第2種 組合員 _____

第3種 診療所名 _____

第4種 氏 名 _____ (印)

宮城県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

振 込 銀 行 名	銀行	支店 ・ 本店
預 金 種 別	普通預金	当座預金 貯蓄預金
口 座 番 号		※左詰めで記入願います。
口 座 名 義 人	(フリガナ)	

・申請及び送金先とも、診療所単位とします。(受診医療機関が異なる場合も、まとめて申請願います。)

【添付書類】 必ず添付してください。

- ・健康診断等結果表(写)
- ・領収書(写し可)

< F A Xでの提出はできません >