

組合記入欄	常務理事	事務局

契約医療機関以外で全額自己負担した場合に使用

令和7年度健康診断補助金支給申請書

〔令和7年4月1日から
令和8年3月31日まで〕

種別	被保険者証記号番号等	氏名	年齢	受診日
第1種組合員	み 歯 (フリガナ)			年 月 日
	A			
第1種・第4種 配偶者	み 歯 (フリガナ)			年 月 日
	A			
第 種 組合員・家族	み 歯 (フリガナ)			年 月 日
	A			
第 種 組合員・家族	み 歯 (フリガナ)			年 月 日
	A			
第 種 組合員・家族	み 歯 (フリガナ)			年 月 日
	A			
第 種 組合員・家族	み 歯 (フリガナ)			年 月 日
	A			
第 種 組合員・家族	み 歯 (フリガナ)			年 月 日
	A			
組合記入欄	支給額	円		

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。

- ・「必須項目」をすべて記載した結果表(写)
- ・領収書(写)

< F A Xでの提出はできません >