

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8年度健康診断補助金支給申請書

〔令和8年4月1日から  
令和9年3月31日まで〕

種別	被保険者記号番号	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			
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 千 一  
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

### 通帳表紙の裏面（写）を貼ってください

金融機関名、支店名、口座番号、名義人を確認できるもの

・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）
- ・通帳の写し

< F A Xでの提出はできません >