

# 人間ドック補助金支給申請書

(対象：1種本人のみ)

被 保 険 者 証 号 記 号 ・ 番 号	全歯 19-	組 合 員 氏 名		歳
受 診 月 日	令和 年 月 日			
受 診 施 設 名				
	受診施設領収書額 円	支 給 金 額 円		
上記のとおり領収書を添えて申請致します。 (組合員の口座を記入して下さい。)				
	フリガナ			
	振込先	銀行・信金 信組・農協	店 出張所	
	口座番号			
	口座種別	普通 ・ 当座		
	フリガナ			
	通帳名義			
令 和 年 月 日				
郵便番号	〒	-		
組 合 員 住 所				
氏 名				印
電話番号	(	-	-	)
全国歯科医師国民健康保険組合福井県支部長 殿				

- 注意 1：受診期間は、該当年度の4月1日から翌年の3月31日まで。  
2：申請期限は、当該事業年度の終了した年の3月31日支部事務所必着。  
3：領収書は、健康診断料、人間ドック料と記載されたもので原本を添付して下さい。

支部長	常務理事	係



※組合が業務上知り得た個人情報、組合業務の目的以外に使用することはありません。