

人間ドック補助金支給申請書

(対象：1種本人のみ)

記号・番号	全歯 19-	組合員氏名		歳
受診月日	令和 年 月 日			
受診施設住所 受診施設名				
受診施設領収書額	円	支給金額	ここへは記入しないでください 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	店	
		信組・農協	出張所	
	口座番号			
	口座種別	普通 ・ 当座		
	フリガナ			
	通帳名義			
平成 年 月 日				
郵便番号	〒			
組合員住所				
氏名				
電話番号	(- -)			
全国歯科医師国民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4月7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	係



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