

常務理事	事務局長	課長補佐	係

## 健康診断補助申請書

記号番号

熊歯

甲種組合員氏名

受診者氏名・費用（※補助対象は乙種組合員のみになります。）

提出期限・年度内（3月末）

NO	被保険者番号	氏名	費用額	NO	被保険者番号	氏名	費用額
1			円	6			円
2			円	7			円
3			円	8			円
4			円	9			円
5			円	10			円

合計

受診者数

名

費用

円

平成 年 月 日 上記の者の健康診断を実施したことを証明します。

所在地

健康診断実施医療機関名

㊦

※領収書等で受診者の資格確認ができない場合等は、健康診断を受ける医療機関で受診者の証明をいただいでください。

補助額

円

補助金振込先

銀行 本・支店 普通・当座 口座番号  
フリガナ  
口座名義

上記のとおり申請いたします。

平成 年 月 日

〒

申請者（甲種組合員）住所

氏名

㊦

熊本県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

必ずお読みください。

※本申請書にかならず受診者の資格確認のできる領収書（写）を添付してください。（領収書に受診者の明細が記入してある場合、病院の証明印は省略可）

※補助対象は労働安全衛生法に基づく基本健康診査（健康診断）になります。

※特定健診の対象者（40歳から74歳）の方は、健診結果表（写）を添付してください。

※振込先は、原則として組合員本人の口座をご記入ください。組合員以外の口座の場合は、別紙委任状が必要です。組合宛ご連絡いただくか、ホームページよりダウンロードして添付ください。