

常務理事	事務局長	課長補佐	係

提出期限 ・ 年度内（3月末）	特定健康診査補助申請書							
	記号番号		熊齒		甲種組合員氏名			
	受診者氏名・費用（補助対象は40歳から74歳のご家族になります。）							
	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	
上記の者の特定健康診査を実施したことを証明します。								
平成 年 月 日								
所在地								
健康診断実施医療機関名 印								
領収書等で受診者の資格確認ができない場合等は、特定健康診査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 印								
熊本県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿								

受診者名を確認できる領収書（写）および健診結果表（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。

補助対象は高齢者医療確保法に基づく特定健康診査になります。

健診結果表（写）を添付いただけない時は、補助対象にはなりません。

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、別紙委任状が必要になります。

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。