

常務理事	事務局長	課長補佐	係

提出期限
・年度内（3月末）

PET 検査補助申請書			
受診者	熊歯・	氏名	
受診日	令和 年 月 日		
受診医療機関			
費用額	円		
甲種組合員 証明欄	<p>(甲種組合員本人以外の申請時、証明をお願いします。)</p> <p>上の者本歯科医院の勤務者及び家族であることを証明します。</p> <p>熊歯・ 甲種組合員氏名 ㊟</p>		
振込口座	<p>下記申請組合員の口座をご指定ください。 (それ以外の場合、委任状が必要です。ホームページよりダウンロードしてください。)</p> <p>_____銀行_____本・支店</p> <p>普通・当座 口座番号_____</p> <p>フリガナ 口座名義 _____</p> <p style="text-align: right;">番号・名義等の正確な記載をお願いします。</p>		
<p>PET 検査の領収書と結果票を添付の上、申請いたします。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">〒 _____</p> <p style="text-align: center;">組合員 住所</p> <p style="text-align: center;">氏 名 ㊟</p> <p>熊本県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿</p>			

添付書類

- ※ 領収書（受診者名記載 及び PET 明記）の写し
- ※ 結果票

補助金額	
------	--