

常務理事	事務局長	課長補佐	係

脳ドック補助申請書	
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	(甲種組合員本人以外の申請時、証明をお願いします。) 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。 熊歯・ 甲種組合員氏名 ⑩
振込口座	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。) _____銀行_____本・支店 普通・当座 口座番号_____ フリガナ 口座名義 _____ 番号・名義等の正確な記載をお願いします。
脳ドックの領収書と結果票を添付の上、申請いたします。 令和 年 月 日 〒 _____ 組合員 住所 氏名 ⑩ 熊本県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿	

添付書類

- ※ 領収書 (受診者名記載 及び 脳ドック明記) の写し
- ※ 結果票

補助金額	
------	--