

常務理事	事務局長	課長補佐	係

健康診断追加項目 補助申請書

記号番号 熊歯・

甲種組合員名

被保険者番号	受診者名	ペプシノゲン	便潜血	PSA	百分率	ピロリ菌	喀痰	甲状腺	合計金額
		3,200円	1,000円	1,600円	100円	1,500円	2,500円	4,500円	
01000000	齒科 太郎	○				○			4,700円
総合計 (○の総計数記入)									

提出期限 年度内 (3月末)

振込先

※番号・名義・フリガナ等、正確にご記入ください。

_____銀行_____本・支店

普通・当座 口座番号 _____

フリガナ

口座名義 _____

受診者全員の領収書を添えて申請します。

令和 年 月 日

〒 -

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

補助金額	円
------	---

※ 添付書類 領収書 (写し)