

甲種組合員配偶者(40歳未満)
健康診断補助申請書

記号番号	熊歯・	甲種組合員名	
受診者 (配偶者名)			
費用額	9,900 円		
補助額	5,000 円		
振込先	_____銀行_____本・支店 普通・当座 口座番号_____		
	フリガナ 口座名義 _____		
	番号・名義等は、正確にご記入ください。		
40歳未満の配偶者が健康診断を受診しましたので、上記のとおり申請いたします。			
令和 年 月 日			
〒			
申請者(甲種組合員) 住所			
氏名			
熊本県歯科医師会国民健康保険組合理事長 殿			

※熊本県歯科医師会による、健康診断料の口座引き落とし後の支給となりますことを予めご了承ください。