

対象は準組合員（従業員）のみです。  
正組合員（院長先生）とそのご家族は対象外です。

記入例

歯科医師国保健診補助金支給申請書

被保険者証記号番号	氏名	受診医療機関名	受診日	健診受診料金	
受診者	9999-001	愛歯 太郎	〇〇内科	平成27年6月25日	7,500 円
	9999-002	国保 二郎	〇〇クリニック	平成27年7月16日	8,200 円
	9999-003	愛知 花子	〇〇医院	平成28年2月18日	7,200 円
	—			平成 年 月 日	円
	—				
	—				
	—				
補助金額	1人1回 2,500円以内				
受診を証する書類	別紙のとおり（領収書を添付して下さい）				
上記のとおり申請致します。					
平成 年 月 日					
住所					
正組合員 氏名					
印					
愛知県歯科医師国民健康保険組合理事長 様					
振込先金融機関名					
銀行 信用金庫 組合 農協					
支店名					
店					
預金種目					
1 普通 . 2 当座					
口座番号					
フリガナを必ず記入して下さい 口座名義人氏名					
フリガナ					

受診された方全員の領収書（コピー可）をご添付下さい  
※請求書は受付不可となります

正組合員（院長先生）の署名・捺印

正組合員（院長先生）の口座をご指定下さい