

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
—			令和 年 月 日	円
—			令和 年 月 日	円
—			令和 年 月 日	円
—			令和 年 月 日	円
—			令和 年 月 日	円
—			令和 年 月 日	円
—			令和 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)			
<p>上記のとおり申請致します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所 正組合員 氏名 印</p> <p style="text-align: center;">診療所電話番号 () —</p> <p>愛知県歯科医師国民健康保険組合理事長 様</p>				

振込先金融機関名	銀行 信用金庫 組合 農協	本支店名	店
口座番号	1 普通 . 2 当座		
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		