

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	愛齒 太郎	〇〇内科	令和元年6月23日	7,500 円
	9999-002	国保 二郎	〇〇クリニック	令和元年7月17日	8,200 円
	9999-003	愛知 花子	〇〇医院	令和2年2月1日	7,200 円
	—			平成 年 月 日	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)			
<p>上記のとおり申請致します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>正組合員 住所 氏名 印</p> <p>愛知県歯科医師国民健康保険組合理事長 様</p>					
<p>正組合員(院長先生)の署名・捺印</p>					
振込先金融機関名		銀行 信用金庫 組合 農協	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			
<p>正組合員(院長先生)の口座をご指定下さい</p>					

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

