理 事 長	副理事長	常 務 理 事		事務長	課長	係

健康診断助成費支給申請書

被保険者証 記 号 番 号	受診者氏名	生年月日	受診日	健診機関名
		昭・平　年　月　日	令和　年　月　日	
		昭・平　年　月　日	令和　年　月　日	
		昭・平　年　月　日	令和　年　月　日	
		昭・平　年　月　日	令和　年　月　日	
		昭・平　年　月　日	令和　年　月　日	
		昭・平　年　月　日	令和　年　月　日	
		昭・平　年　月　日	令和　年　月　日	
		昭・平　年　月　日	令和　年　月　日	
		昭・平　年　月　日	令和　年　月　日	
		昭・平　年　月　日	令和　年　月　日	

上記のとおり助成費を申請します。

令和　　年　　月　　日

第１種組合員住所

氏名　　㊞

三重県歯科医師国民健康保険組合理事長　様

助成費送金先口座（□にレを入れてください）

□保険料引落口座　　□下記送金先口座

送　金　先　　銀行

金融機関名　＿＿＿＿＿＿＿＿金庫・農協　＿＿＿＿＿＿＿＿支店

預 金 種 類　普通・当座

口 座 番 号　＿＿＿＿＿＿＿＿

フ リ ガ ナ

口 座 名 義　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

注意事項

＊領収書の写しを添えてご提出をお願いいたします。

＊助成対象者：組合員で40歳未満の方になります。【受診時に組合員の資格を有する】

＊助成費送金先口座にチェックがない場合は、保険料引落口座に送金いたします。

支給決定金額 ※国保組合記入欄	円