

受付年月日	年 月 日				
決裁年月日	年 月 日				
支払年月日	年 月 日	決 裁 欄	常務理事	事務長	係
支 払 額	円				

令和 年 月 日

事業所用

歯科健診補助金申請書

事業所記号	
事業所名称	
請求者名 (事業主名または届出ている代理人)	

担当者名・連絡先	
	TEL ( ) —

受診した人数	人
--------	---

※補助の対象となる方は受診した日に当組合の被保険者の資格がある方です。

振 込 先	金融機関 ・支店名	信用組合	支店
	種 目 口座番号	普通・当座 No.	
	口座名義	(フリガナ)	

(注意事項)

申請の際は、領収書（原本又は写し）を「領収書貼付用紙」に必ずのり付けし「連名簿」とともにご提出ください。

受 付 印

