

受付年月日	年	月	日			
決裁年月日	年	月	日			
支払年月日	年	月	日		常務理事	事務長
						担当者
支 払 額	円			決裁欄		

令和 年 月 日

個人用

歯科健診補助金申請書

被保険者 記号・番号		
被保険者氏名		
生 年 月 日	1. 昭和 2. 平成 年 月 日	

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

● 受診した方
(補助の対象となる方は、受診した日に当組合の被保険者・被扶養者の資格がある方です。)

氏 名	区分	受 診 日	領収書の金額	左記金額のうち健保 以外からの補助金
	本人	令和 年 月 日	円	円
	配偶者	令和 年 月 日	円	円
合 計			円	円

(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
付けしご提出ください。

受 付 印

