

人間ドック助成費支給申請書 (受診報告書)

被保険者証 の記号番号 (又は組合員証 番号)	(枝番)	受診者氏名	年 齢	
----------------------------------	------	-------	-----	--

種 目	※該当するものに○を付けてください。			
	一般ドック	脳ドック	PET 健診	がんドック
支払金額	円	受診年月日	令和 年 月 日	
健診機関 の証明欄	上記の者が人間ドックを受けたことを証明します。 令和 年 月 日 所在地 名 称 ㊟			

※健診機関の認印を受けていただくか、もしくは領収書の写し（ただし、受診者が人間ドック等による健診を行った事実、日付、金額等が明確に判断できるものに限り）を添付してください。

上記のとおり助成費の支給を申請します。	
令和 年 月 日	〒
(受診者が属する世帯の) 組合員	住 所
	氏 名 ㊟
静岡県歯科医師国民健康保険組合 様	

組合員（助成費支給申請者）の金融機関口座へ振り込みますので、下欄にご記入ください。

振込先金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	通帳名義人（組合員）氏名
銀行 農協 信用金庫	支店	普通預金 その他 ()		(フリガナ)

◎太線の枠内に必要事項をご記入ください。