

人間ドック助成費支給申請書 (受診報告書)

被保険者証 (又は組合員証) の 番 号		組合員氏名	
受診者氏名		年 齢	続柄

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	健診年月日	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する。 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、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、時期、金額等が明確に判断できるものに限ります。）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	
住 所	㊟
組合員 氏 名	
静岡県歯科医師国民健康保険組合 様	

組合員の口座に銀行振込いたしますので、下欄にご記入ください。

銀行振込口座番号等（組合員口座）			
振 込 先	預金種別	口座番号	通帳名義人（組合員）氏名
銀行 信用金庫	普通預金		(フリガナ)
支店	当座預金		

◎太線の枠内に必要事項をご記入ください。

* 申請の締め切りは、令和元年度分は、令和 2 年（2020 年）4 月末日
 令和 2 年度分は、令和 3 年（2021 年）4 月末日
 令和 3 年度分は、令和 4 年（2022 年）4 月末日 となります。