

### 歯科健診助成費支給申請書

被保険者証 の記号番号	健診を受けた満40歳の 乙2種組合員氏名※	歯科健診実施日	健診料
		令和 年 月 日	1,000 円
		令和 年 月 日	1,000 円
		令和 年 月 日	1,000 円
		令和 年 月 日	1,000 円
		令和 年 月 日	1,000 円
合 計			円

上記のとおり、歯科健診が終了いたしましたので助成費の支給を申請します。

令和 年 月 日

診療所名 \_\_\_\_\_

甲種組合員氏名 \_\_\_\_\_ ⑩

甲種組合員の被保険者証（又は組合員証）の番号 \_\_\_\_\_

静岡県歯科医師国民健康保険組合 様

甲種組合員（雇用主）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（甲種組合員口座）			
振込先	預金種目	口座番号	通帳名義人氏名
銀行 信用金庫 ----- 支店	普通預金 当座預金		フリガナ -----

（注意点）

※歯科健診の対象者は、令和2年4月1時点において、貴診療所に勤務する満40歳の乙2種組合員です。（ただし、健診日に当組合の資格を有する者。）

※「歯科健康診査票」（コピー）を添付してください。

※申請の締め切りは、令和3年4月末日（当組合へ必着）となります。（なお、令和3年5月1日以降の提出は、申請を受理いたしませんので、ご注意ください。）