B-②

歯科健診補助金支給決定決議書

No.

※この欄は記入しない	経伺	常務理事	課長	担当者	起案年月日	備考
	支給金額					

任意継続用歯科健診補助金請求書

下記のとおり、歯科健診を受診したので補助金を請求します。

令和　　年　　月　　日

被保険者住所　〒

被保険者氏名

被保険者連絡先

請求金額　**¥**＿＿＿＿＿＿

【内訳】　＿＿＿＿人 × ＿＿＿＿円 ＝ ＿＿＿＿円

【必要な添付書類】（2点とも）

- **歯科健診補助金申出書 及び 歯科健診結果票**
- **歯科健診の領収書（原本）**

【請求期限】

当該年度3月31日まで

※健診結果は、受診者の健康管理と当組合の統計資料等疾病予防事業に活用させていただき、プライバシーの保護には万全を期し、目的以外の使用はいたしません。ご理解いただきますようお願い申し上げます。

○補助金の振込先（**任意継続被保険者名義の口座をご記入ください**）

銀行支店名	銀行　　本店 信用金庫　　支店
預金種類	普通　・　当座
口座番号	
フリガナ 口座名義	

【R6.3】