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		常務理事	事務長（課　長）	課　長（課長代理）	担 当 者	起案年月日	備　　考
	経伺						
	支給金額						

令 和 8 年 度　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

事業所所在地 〒

事 業 所 名 称

事 業 主 氏 名

請　求　金　額　　**¥**＿＿＿＿＿＿＿＿

【内 訳 】　＿＿＿＿人 × ＿＿＿＿円 = ＿＿＿＿円

○補助金の振込先（**事業所の口座名義をご記入ください**）

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	

【必要な添付書類】（2 点とも）

① 歯科健診補助金申出書 及び 歯科健診結果票
② 歯科健診の領収書（原本）

【請 求 期 限】

令和 9 年 3 月 31 日（水）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。

【R8.1】