

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	事務長 (課長)	課長 (課長代理)	担当者	起案年月日	備考
	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

健康保険の
記号・番号 800 - _____

被保険者氏名 _____

被保険者住所 〒 _____

TEL () _____

請求金額 ¥ _____

【内 訳】 (¥ _____ × _____ 人 = ¥ _____)

○補助金の振込先 (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	

【必要な添付書類】(2点とも)

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

【請求期限】

令和 9 年 3 月 31 日 (水) まで