|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 理事長 | 常務理事 | 事務局長 | 課長 | 副課長 | 係  様式　第14号 |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 支給年月日 | 年　　月　　日 |
| 支給決定額 | 円 |
| 組合員種別 | 第1種　・　第2種 |

**脳・人間ドック、健康診断補助金支給申請書(令和元年度)**

**（申請期限は令和2年3月31日まで）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証  記号･番号 | |  | | 受診者氏名 | | | 組合員との続柄（　　　　） | | |
| 生年月日 | | 昭和・平成　　年　　月　　日  　　　　　年齢（　　　　）歳 | | | 受診した  種　　類 | | | 1　脳ドック　　2　人間ドック  3　健康診断 | |
| 受診した日 | | 平成・令和　　年　　月　　日から　平成・令和　　年　　月　　日まで（　　日間） | | | | | | | |
| 受診した  医療機関 | | （所在地）  （名　称） | | | | | | | |
| 振込先 | 銀行・支店名 | | 銀行・信用金庫　　　　　　　　　　支店 | | | | | | |
| フリガナ  名 義 人 | |  | | | 口座種類 | | | 普通　・　当座 |
| 口座番号 | | |  |
| 上記のとおり別紙証拠書類（領収書）を添えて申請します。  　令和　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　 〒  申請人自宅住所  電話　　　　（　　　）  申請人氏名　　　　　　　　　　　　　　 　　　印  **埼玉県歯科医師国民健康保険組合理事長　様** | | | | | | | | | |

**（注）上記の申請ができる対象者及び補助金額は以下のとおりです。**

1　第1種組合員は、脳・人間ドック40,000円または、健康診断5,000円

2　第2種組合員は、脳・人間ドック25,000円または、健康診断4,000円

* ただし、年度内に脳・人間ドック及び健康診断いずれか1つの申請となります。

3　第1種・第2種家族は、脳・人間ドック20,000円

4　**申請書には領収書（原本）と特定健診項目に係る検査結果及び質問票を必ず添付してください。**

5　**申請期限は令和2年3月31日までです。**