

理事長	常務理事	事務長	課長	副課長	係

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

人間ドック、健康診断補助金支給申請書(令和 年度)

(申請期限は令和 年3月31日まで)

被保険者証 記号・番号(枝番)	記号・番号 ・	枝番 ()	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
受診した日	令和 年 月 日から 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。

- 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
- 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。
- 第1種・第2種家族は、脳・人間ドック 20,000円
- 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。
- 申請期限は令和 年3月31日までです。

※契約医療機関でも費用を全額自己負担する場合があります、その際は検査結果等の送付も必要です。