**歯科健診費用助成（償還払い）申請書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　年　 　月　 　日

滋賀県農協健康保険組合 理事長 様

事業所名：

　　　　　　　　　　　　　　　　 　 健保記号番号：記号　　　　　番号

被保険者署名：

下記のとおり、歯科健診（検診）を受けましたので、費用助成を申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 健診受診者氏名  （被保険者） | フリガナ | | |
|  | | |
| 住所 | 〒 | | |
| 生年月日 | 年　　　　 月　 　 　　日生 | | |
| 受　　診　　日 | 年 　 　月　 　日 | 健診費用 | 円 |
| 医療機関名 |  | | |
| 住所 | 〒 | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 助成金を受ける金融機関名  （**被保険者**名義のみ） | 農協 | 本所（店）  　　　　　支所（店） | 口座番号**（普通）** | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ | |
| 名義人 | |

**＊添付書類：健診結果票等・・・・・・・・・・コピー**

**領収書・・・・・・・・・・・・・原本**

**以下　健康保険組合記入欄**

|  |
| --- |
| 上記申請にもとづき次のとおり決定します。 |

|  |  |
| --- | --- |
| 支給決定額 | 円 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 常務理事 | 事務長 | 合 議 | 係 |
|  |  |  |  |

受付印

確認決定印