

※太線 の中だけご記入ください。

(様式41号)

支給決定命令						資格	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	保険料	前月分迄 収納済 <input type="checkbox"/>
理事長	専務理事	事務長	係長	主任	担当者				
						支給金額		給付記録	
							円		

歯科健診助成金申請書

被保険者名	生年月日	年齢	受診日	窓口負担金額	助成金額 (組合記入欄)
	S H 年 月 日		R 年 月 日	円	円
	S H 年 月 日		R 年 月 日	円	円
	S H 年 月 日		R 年 月 日	円	円
	S H 年 月 日		R 年 月 日	円	円
	S H 年 月 日		R 年 月 日	円	円

※ 領収書(受診者氏名、歯科健診の但し書きが記載されたもの)を必ず添付してください。

※ 年齢は、受診年度末時点をご記入ください。

所属支部長	上記の申請を適正と認めます。
の副申	年 月 日
	支部長 (印)

上記のとおり別紙証拠書類を添えて支給方を申請します。

年 月 日

住所

記号番号 職 組合員氏名 (印)

京都府建設業職別連合国民健康保険組合 理事長 殿

振込希望銀行名	銀行 信用金庫	普通 店 当 座
	※ 出来るだけ京都銀行をお願いします。	
フリガナ		口座番号
預金口座名義		

同意書	上記口座への振込みについて、私は組合員として同意いたします。
	組合員氏名 (印)
※ 振込み先が組合員名義の場合、署名・捺印は不要です。	