

# がん検診補助金支給申請書

被保険者証の 記号・番号	奈組1.		
受診者氏名		組合員との続柄	
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		
項目	医療機関名	検診年月日	費用
		令和 年 月 日	円
		令和 年 月 日	円
		令和 年 月 日	円
		支給額	*組合記入欄 円

上記のとおり**領収書（検査項目が明記されたもの）**を添えて申請します。

令和 年 月 日

第 種組合員 住所

氏名

印

勤務先

奈良県歯科医師国民健康保険組合 理事長 殿

※注意事項

1. お一人様、1検診につき上限2,000円の補助となります。
2. 保険診療分は対象外。
3. 申請期限は、検診を受けた年度末まで。

振 込 先	銀行		支店
	普通・当座	口座番号	
	<フリガナ>		
	口座名義		

受付番号		支給年月日	
------	--	-------	--

事務長	次長	係員