

令和 年 月 日

農林中央金庫健康保険組合 殿

歯科検診費用補助金請求書(任意継続・特例退職用)

保険証番号	区 分	記 号	番 号	※ 任意継続・特例退職の区分に <input type="checkbox"/> を付けてください。 ※ 番号は右詰でご記入ください。
	<input type="checkbox"/> 任意継続	9 0 0 0		
	<input type="checkbox"/> 特例退職	9 5 0 0		
被 保 険 者	郵便番号	〒 -		
	住 所			
	電 話	- -		
	フリガナ			
	氏 名			
医療機関名	住 所			
	名 称			
支払金額(領収書金額)		円	支払年月日(領収日付)	令和 年 月 日

領収書(原本)貼付箇所

- (注) 1 補助金額は4,000円を上限とします。なお、領収書は10割負担されたものが対象となります。
2 本請求書は、検診費用を支払った後、必ず毎月20日(必着)までに提出してください。翌々月20日(休業日の場合は前営業日)に支給します。
3 最終請求期限は、受診した年度内の2月20日(休業日の場合は前営業日)必着となります。

(健康保険組合使用欄)

補助金額 | | | 円

受付日		常務理事	事務長	係
決定日				
処理日				