

受付日 担当者	
電算処理	
支給額	

人間ドック・脳ドック・PET検査負担金支給申請書			
被保険者証記号番号	群歯	—	(枝番)
被保険者氏名			
生年月日	昭和・平成・令和	年	月 日 組合員との続柄
受診した検査	1. 人間ドック	2. 脳ドック	3. PET検査
受診日	令和	年	月 日 ~ 月 日までの 日間
受診した 医療機関	所在地		
	名称		
負担金の振込先 金融機関	銀行・信用金庫・信用組合 支店		
	普通・()	番号	
	名義人	(フリガナ)	
上記のとおり別紙証拠書類（領収書のコピー）を添えて申請します。			
令和 年 月 日			
〒			
住所			
組合員			
氏名			
群馬県歯科医師国民健康保険組合理事長 様			

※人間ドック・脳ドック・PET検査は年度内一人当たりいずれか1回の申請となります。

※振込は申請月の月末に行います。ただし、20日以降の申請は翌月末になる場合があります。