

※当組合の契約病院にて、被保険者であることが確認できず、
窓口で受診料を全額ご負担いただいた方は、受診料(税込)
助成金30,000円 の支給申請ができます。
(受診料(税込)が30,000円以下の場合は実額助成です。)

電 算 処 理	受 付 日 ・ 担 当 者
支 給 額	円

人 間 ド ッ ク 負 担 金 支 給 申 請 書 (全 額 自 己 負 担)

被保険者の記号・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 生	組合員との続柄	本人・家族
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		
受 診 料 (税 込)	円		
負担金の振込先 金 融 機 関	金 融 機 関 コード ()		支 店 コード ()
	銀行・金庫・組合・農協		本店・支店・本所・支所
	普 通 ・ ()	口 座 番 号	
	名 義 人	(フリガナ)	

上記のとおり別紙証拠書類（領収書コピー）を添えて申請いたします。

令 和 年 月 日
〒 —
住 所
組 合 員 電話 (— —)
氏 名

群馬県歯科医師国民健康保険組合理事長様

※人間ドッグ受診料助成は、当組合の契約病院での受診に限ります。受診料の支払いの際に、受診料(税込)から助成金額30,000円を割引くことにより助成いたしますが、受診料(税込)が助成金30,000円を超えた場合は超えた額を契約病院へお支払いいただくことになります。
超えた額は自己負担になりますので助成の申請対象外です。
※人間ドッグ・脳ドッグ・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。