

令和6年度 節目健診補助金支給申請書

被保険者証 記号・番号	全歯 15	健診者 氏名	男 ・ 女
健診年月日	令和 年 月 日		
健診施設名			
	領収書額 円	支給金額 円	円

上記のとおり領収書(原本)を添えて申請致します。

- ・必ず通帳をご確認の上、間違えがないようご記入ください。
- ・組合員本人または院長先生の口座を記入してください。(家族の口座不可)
- ・2、3種組合員の口座を記入した場合は通帳のコピーを添付して下さい。
(ネット銀行や無通帳口座をご利用の方は、インターネットバンキング画面の写し)
- ・通帳のコピーは表紙を開いて1、2ページ目の見開き部分をお願いいたします。

必 ず 記 入	金融機関番号				店番号				
	銀行・信金 信組・農協								店 出張所
	預金種別	普通・当座	口座番号						
	口座名義 (カタカナ)								

- ・「ゆうちょ銀行」を指定する場合は、通帳内に記載のある振込用の『店名(漢数字3桁)・預金種目・口座番号(7桁)』を確認のうえ記入してください。
- ・金融機関の支店の統廃合により金融機関名等が変更になっているときは、変更後の金融機関情報を記入してください。

年 月 日 (口座名義の方)

〒

住 所

氏 名

電話番号

全国歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

係

本部受理
受付印

支部長	支部常務	係

支部受理
受付印

◆申請期限は 2025年3月31日支部事務所必着です。ご注意ください。

◆口座情報に相違があると訂正手数料が880円かかります。必ず通帳をご確認のうえ、記入、提出をお願いいたします。

節目健診補助事業実施要領

1. 対象者 ※

1種組合員、2種組合員、3種組合員の本人で、年齢が5歳刻みの節目年齢に達する方
1種組合員が節目健診に該当した場合の配偶者の方(配偶者の年齢は問わない。)

2. 補助金額

1名につき30,000円を限度とします。(3万円未満の場合は、実費分のみ支給)

3. 受診機関

健康診断・人間ドックが受けられる医療機関、健診機関

(保険証を使用した健診は補助の対象外です。必ず自費の検査にしてください。)

4. 実施期間

2024年4月1日から2025年3月31日までの間の受診とする。

5. 申請方法

・申請書に必要事項を記入し、**領収書(原本)**を添付してください。(コピーは不可です。)

・**院長先生以外の口座を記入した場合は通帳のコピー(振込口座が確認できる部分)を添付**してください。通帳不発行(インターネットバンキング等)の場合は、金融機関ホームページのログイン後の画面を印刷したもので、口座名義人のカタカナ表記、金融機関名、支店名、店コード、預金種目、口座番号を確認できるものがが必要です。

領収書について(ご確認ください)

内容に不足のある領収書での申請は受け付けできません。

人間ドック・健康診断料であること(保険適用の領収書は補助の対象外です。)

受診者の氏名(診療所名義の領収証は、受診者全員の氏名を記載してもらってください。)

受診年月日

受診費用(診療所名義の領収書は、受診者個別の費用が分かる明細も添付してください。)

受診医療機関・健診機関名称

・支払い方法により銀行のキャッシュサービス明細票、カード明細等しかない場合は、上記が確認できる書類も合わせて添付してください。

6. 申請期限

2025年3月31日支部事務所必着です。

ご注意ください！！

・控えの必要な方は、あらかじめコピーを取るなどしてから提出してください。

(送金には2か月ほどお時間をいただく場合があります。)

※ 1種組合員 : 新潟県歯科医師会会員

2種組合員 : 1種組合員に雇用される歯科医(勤務医)

3種組合員 : 1種組合員に雇用される従業員(衛生士、技工士、助手、事務員等)