

歯科健診・治療費補助金申請書

申請金額								円
------	--	--	--	--	--	--	--	---

上記金額の補助金の交付を申請します。 @600円

歯科医院名 _____
 受診日 年 月 日

(一財)島根県東部勤労者共済会 様

年 月 日

(申請者)

事業所番号

--	--	--	--

TEL (- -)

事業所名

会員番号

--	--	--	--

会員氏名

印

※添付書類

* 医療機関等の領収書（写）・診療明細書（写）（宛名は会員名であること。受診日、歯科健診費または歯科治療費とわかるもの）

(注) 利用は 年度に1回限りです。

【振込先】 (記入のない場合は事業所の登録口座へ振込みます)

金融機関名										
口座の種類				口座番号						
フリガナ										
口座名義										

処 理	局 長	次 長	主 幹	担 当	入 力

ジョイメイト受付印