

一般社団法人 岐阜県歯科技工士会
会 長 新 川 哲 矢 様

共済給付金受給申請書

(別表 (12) 健康管理等助成金関係)

共済規程及び別表の規定により下記のように提出書類を添えて共済給付金の申請をいたします。

記

内 容：添付の証明書のように 令和 年 月 日

[人間ドック、健康診断、その他] を受診した。

申請額： 金 円 (5,000 円以上の場合は 5,000 円 (上限額)、5,000 円未満
の場合はお支払い金額をご記入下さい)

条件等 ・ 令和 4 年度実施期間：令和 4 年 4 月 1 日～令和 5 年 3 月 31 日
・ 助成額は 1 件につき 5,000 円を上限とする。

支払い：共済金は、下記の口座への振込をもって、下記会員が受領したものといたします。

金融機関名	本・支店名	預金種目	口座番号	口座名義人
		当座・普通		

以上

提出書類 1. 本申請書
2. 領収書 (コピー可)

令和 年 月 日

支部 (氏名)

印