

(様式第 10 号)

歯科健康診断助成金請求書及び結果報告書

請求金額	円	決定額	※	円
振込先	<input type="checkbox"/> 所属 所 長	<input type="checkbox"/> 福利厚生事業団体(互助会等)		
検診実施年月日	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日			
検診機関				
請求金額内訳	円 ×	名 =	円	
受検者数	組 合 員	被扶養者	合 計	
	名	名	名	
検診結果	異常なし	要指導	要精検	合 計
	名	名	名	名
医師又は健康管理指導者の証明	上記のとおり歯科検診を実施したことを証明します。 平成 年 月 日 職 名 医師・健康管理指導者 氏 名 印			
上記のとおり請求します。 石川縣市町村職員共済組合理事長 様 平成 年 月 日 職 名 所属 所 長 氏 名 印				

1. この請求書を提出するときは、検診機関が発行した請求書(写)を添付してください。
2. 振込口座を福利厚生事業団体に指定する場合は、助成金振込口座届書(様式第15号)を添付してください。
3. ※欄は、記入しないでください。