

年 月 日

<所属> _____

<氏名> _____ 様

スズキ健康保険組合
(公印省略)

歯科健診票兼助成金申請書の原本紛失に伴う申請について

平素は、当健保組合業務に、ご理解ご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、歯科健診票兼助成金申請書の原本を紛失されたとの事ですが、支払手続きにあたっては経理上、本人からの申請書の提出が必要となります。

つきましては、下段「歯科健診助成金支払申請書」に必要事項を記入のうえ、当健保組合へ提出をお願いします。

尚、提出後、原本が見つかった場合、二重支払を防ぐため、再提出をなさないでください。

ご不明な点などございましたら、当健保組合 健康管理 担当までご連絡をお願いします。

電話：053-445-3850

ソフトバンク携帯：080-3910-5983

スズキ健康保険組合 行

提出日 年 月 日

所属 _____

社員番号 _____

氏名 _____ ⑩

歯科健診助成金支払申請書

私は、歯科健診を以下のとおり受診しましたが、歯科健診票兼助成金申請書を紛失しましたので、この申請書で支払手続きをお願いします。

歯科健診受診日	
歯科健診費用	
歯科医院名	
歯科医院連絡先	

健保決済	
担当	検印

受付印