

理事長	常務理事	事務長	課長	係	受診期間	可	否
					提出期限	可	否
					健診結果	可	否
					支給決定額		円
					支給年月日	平成	年 月 日

特定健康診査補助金支給申請書（個別受診用）

被保険者証記号番号	鹿歯・鹿歯従		
被保険者氏名			
健診日	平成 年 月 日		
健診費用	円		
健診実施の 医療機関	所在地		
	名称		
	電話番号		
振込先	銀行 店		
	1. 普通	口座番号 No.	
	2. その他 ()	フリガナ 口座名義	

上記の通り申請します。

平成 年 月 日
(年 - 月)

組合員本人 住所

氏 名



(自宅電話番号 - -)

鹿児島県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

※申請にあたっては、健診結果(質問票、調査票、受診票、血液検査結果、及び詳細な検査として心電図検査・眼底検査を行った場合はその結果)と領収書(原本)を添付して下さい。