

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	令和	年 月 日

特定健康診査補助金支給申請書（個別受診用）

被保険者証の記号番号	鹿歯・鹿歯従		
被保険者氏名			
健診日	令和	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 金庫 店		
	1. 普通	口座番号 No.	
	2. その他 ()	(フリガナ) 口座名義	
<p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">(千 -)</p> <p style="text-align: center;">組合員本人 住所</p> <p style="text-align: center;">氏名 ㊟</p> <p style="text-align: center;">(自宅電話番号 - -)</p> <p style="text-align: center;">鹿児島県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿</p>			

※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。