

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）

被保険者記号・番号 <small>(マイナポータルや資格情報通知書、資格確認書等を確認して記入)</small>	鹿歯・鹿歯従	枝番【 】
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 店 金庫	
	1. 普通	口座番号 No.
	2. その他 ()	(フリガナ) 口座名義
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 (〒 -) 組合員本人 住所 氏名 (電話番号※ - -) 鹿児島県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿		

※申請内容について電話連絡することがありますので、日中に連絡のつく番号を記入してください

※ 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）を添付してください。

※ 健診結果は返却いたしませんので必要な方は予めコピーをとってからお送りください。