

| | | | | | | | |
|-----|------|-----|----|---|-------|----|-------|
| 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。