

常務理事	事務長	担当者

歯科検診費用補助支給申請書

① 被保険者について	提出日	年 月 日	※以下の①②をご記入ください。			
	被保険者等	記号	番 号			被保険者氏名 (フリガナ)
	事業所名	所属名				
連絡先	— —			※平日の日中に連絡可能な電話番号をご記入ください		

※②は、被保険者(本人)1名の請求であっても、必ずご記入ください。
 ※6名以上の請求の場合は、用紙をコピーして2枚に分けてご記入ください。
 その場合2枚目の①部分も1枚目と同じ内容をご記入ください。

② 検診をした方について(本人・家族)	(フリガナ ※必須) 氏 名	生 年 月 日	検診時年齢	歯科検診日	費 用
	(フリガナ)	昭・平・令 年 月 日		年 月 日	円
	(フリガナ)	昭・平・令 年 月 日		年 月 日	円
	(フリガナ)	昭・平・令 年 月 日		年 月 日	円
	(フリガナ)	昭・平・令 年 月 日		年 月 日	円
	(フリガナ)	昭・平・令 年 月 日		年 月 日	円
添付領収書について、歯科検診費用(保険適用外)が上記内容であることを確認し、申請します。					
被保険者氏名:					

- 添付書類: 領収書(原本)は別紙に貼付してください。
 - 領収書には次の記載が必要です。不備の場合は、医療機関へ領収書を提示し、記入をお願いしてください。
- 【領収書チェックリスト】
- 歯科検診者氏名(複数の方が検診を受けた場合は、全員の氏名(フルネーム))
 - 検診日
 - 費用(税込)
 - 但書「歯科検診代」の記載
 - 歯科医療機関名
 - 歯科医療機関または担当者の押印

【注意事項】	
1. 対象者	: 歯科検診時に16歳以上で当健康保険組合加入の方
2. 歯科検診内容	: 口腔内検査や清掃指導、歯科相談等【保険適用外】
3. 補助回数	: 年度内1人1回を限度
4. 補助ポイント	: 歯科検診に要した費用1円=1ヘルスポイント (ただし、上限3,100ヘルスポイント) * 事業主が実施する集団歯科検診を受けた場合は補助対象外
5. 付与日	: 申請書の受領から2~3か月後を目途に付与

健保使用欄	
付与ポイント	pt
登録完了日	/

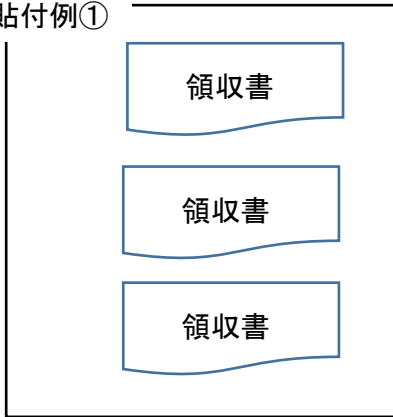


【別紙】

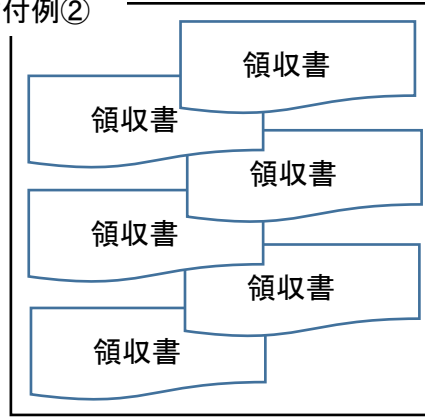
領収書貼付欄

※領収書が剥がれないようにお貼りください。
※領収書以外(明細証のみ等)の添付は不可

貼付例①



貼付例②



※領収書が多い場合、ずらして貼付ください