常務理事	事務長	担当者

ウエスタンデジタルテクノロジーズ健康保険組合 行

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	(ﾌﾘｶﾞﾅ)
事業所名			所属名	
連絡先	ー　ー		※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)	(ﾌﾘｶﾞﾅ ※必須) 氏　名	生　年　月　日	検診時年齢	歯科検診日	費　用
	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	昭・平・令　年　月　日		年　月　日	円
	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	昭・平・令　年　月　日		年　月　日	円
	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	昭・平・令　年　月　日		年　月　日	円
	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	昭・平・令　年　月　日		年　月　日	円
	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	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
　＊ 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	／

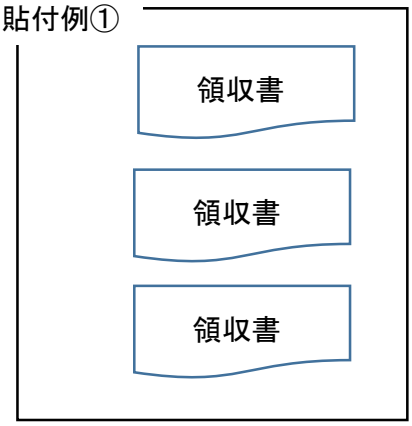
受付印

【別紙】

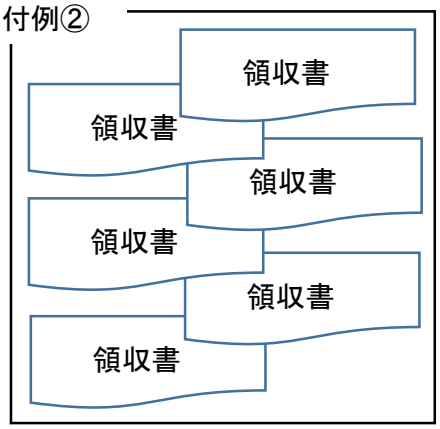
領収書貼付欄

※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