ウエスタンデジタルテクノロジーズ健康保険組合 行

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	2024年　7月　1日	※以下の①②をご記入ください。	
保険証	記号 1 / 番号 1 2 3 4 5 6 7	被保険者氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ) ケンポ　タロウ 健保　太郎
事業所名	○○○○	所属名	○○○部
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) ケンポ　ハナコ 健保　花子	昭・平・令 41 年10月30日	45	2024年 6月 25日	3,000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：　健　保　太　郎

●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	／

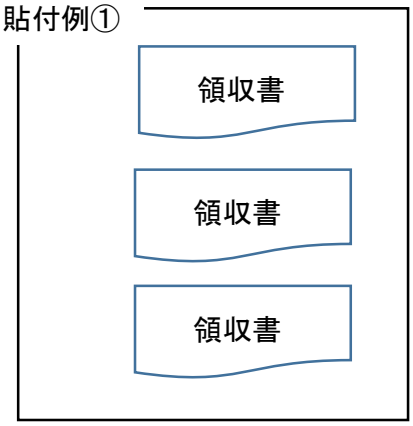
受付印

【別紙】

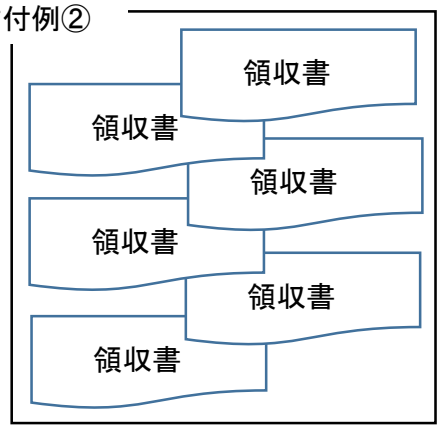
領収書貼付欄

※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