

歯科検診費用補助金交付申請書

黒のボールペンで記入してください。
(鉛筆・消えるボールペンは不可です)

受診日に当組合の資格がある方で、歯科検診を受けられた場合に申請ができます。(年度につき1人1回まで。)
受診後、早めのご提出にご協力お願いいたします。(期限を過ぎた場合、受理することができません。)
保険診療で行ったものは対象外です。

被保険者情報	被保険者証の記号	10	番号	12345	生年月日	昭和 平成	50 年	1 月	1 日	性別	男 女
	氏名(自署)	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎									
	住所 電話番号	〒 135-0063 東京都江東区有明□-○-△ 日中連絡のとれる電話番号: 090 (○○○○ □□□□ 内線番号(3333)									
	金融機関名称	○○○○ 銀行・金庫・信組・農協 △△△ 本店・支店・出張所									
	口座名義 (カタカナ)	ケンポ タロウ 店番号 1 1 1 預金種別 普通 口座番号 1 2 3 4 5 6 7									

※振込先は被保険者名義の口座に限らせていただきます。口座名は金融機関の届出の通りに記入してください。

受診者情報	受診者氏名	フリガナ ケンポ サチコ 健保 幸子	生年月日	昭和 平成	50 年	3 月	10 日	被保険者 被扶養者 の別	被保険者 被扶養者
	健診受診日	令和 3 6 10 年 月 日	健診を受けた 医療機関名称	○○○○歯科医院					

歯科医院様記入欄	検診チェック表	【歯科】 この欄は、歯科医院に記入してもらってください。									
----------	---------	-------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

【添付書類】

歯科検診費用のわかる領収書(原本)
上記検診チェック表に記載がない場合は、その代用となる検診結果のコピー

受付年月日

【補助限度額】

1年度1回2,000円を限度。(実費額が補助限度額よりも下回る場合は、実費が上限となります。)
補助対象となる検査は、上記検診チェック表内にある項目です。
自費検診(保険証を使わない検診)分に限ります。
保険診療で行ったもの、審美目的となるもの(ホワイトニングを含む)は、補助対象外です。

【注意事項】

今年度の途中で任意継続被保険者になられた方で、
在職中に今年度の補助金の交付をされている場合は補助の対象になりません。

【提出先】

在職中の方は、人事部経由で申請してください。
任意継続被保険者の方は、直接当組合へ申請してください。

【問い合わせ先】

当組合ホームページ『お問い合わせ』にてご確認ください。

検索 がん研健保

健保記入欄
支給決定日:
支給額:

がん研究会健康保険組合