

歯科健診補助金申請書

※対象：被保険者

事業所	健保		
担当	担当	事務長	常務理事

注意：本紙を持参のうえ受診してください。

健康保険を使って検査を受けた場合の自己負担については、補助金申請の対象となりませんのでご注意ください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	提出日	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は√)		
	被保険者の記号 - 番号	被保険者の所属・氏名		生年月日	
	-	(フリガナ) ○		昭和 平成 年 月 日	
	受診日	令和 年 月 日			
	受診医療機関 (病院名)				
	医療機関への支払額	円			
	添付書類チェック欄	<input type="checkbox"/> 領収書(原紙)			
	受取代理人 の欄	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人(事業所の事業主)に委任します。			
		受取方法	代理人		
		<input type="checkbox"/> 給与振込	(事業所名)		

※太枠の中をご記入ください。

記入料金が発生する場合は、その金額については補助対象となりません。

歯科健診機関が記入できない場合は、受診者が太枠内全てを記入してください。

歯 科 健 診 機 関 様 ご 記 入 欄	安川電機健保の補助対象となる検査項目の目安です。実施検査項目にチェック(√)してください。				
	口腔内診査	検査内容	チェック欄		
		歯の状態の検査			
		歯肉の状態の検査			
		口腔粘膜の検査			
	他()				
	歯科保健指導	口腔衛生指導			
		食事指導			
		他()			
	予防的処置	歯面清掃研磨			
縁上歯石除去					
フッ素塗布					
他()					

※歯科検査の結果を、下記の1~3に○をお願いします。

	健全 (健康)	経過観察 (受診不要)	要治療 (治療中含)
検査結果	1	2	3

健診機関名： _____

※ 領収書は歯科健診分としての金額が分かるように明記ください。
※ 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。

健保記入欄	補助金決定額	() 円	※但し、上限は8,000円
-------	--------	-------	---------------

＜ご注意＞

- ① 保険診療で受診された場合は、保険給付(7割健保負担)をすでに受けておりますので、補助金申請の対象とはなりません。
- ② 健診費用が補助金限度額内の場合は、実費を補助金として支払います。
- ③ 補助金の支払は、毎月10日までに(健保)に到着した申請書をとりまとめ、翌月支給の給与に「保険給付」として支払います。
(任意継続被保険者の方は、末日までに登録されている指定口座に振り込みます。)
- ④ 「給付金支払明細」は「MY HEALTH WEB」にてご確認ください。

支払印