

歯科健診 補助金申請書

提出日 年 月 日

保険証の 記号 - 番号	—	被保険者名	
被保険者 の部署名		日中連絡先	() —
受診日	年 月 日		
受診歯科医療機関	(所在地) 都・道・府・県		
支払った診療費	円 ※治療費も含む領収書の金額		

《記入上の注意事項》

- 東海4県の歯科健診は、「診療所型歯科健診のお知らせ【受診票】」を持参して、東海地区歯科医師会会員の診療所において受診することになっていますので、この補助金申請書を使用した申請はできません。
- 継続治療のみの診療費は、補助金支払の対象になりません。
- 被扶養者の診療費は、補助金支払の対象になりません。

《領収書添付・注意事項・お問合せ先は下枠内》

こちらへ領収書と診療明細を添付(糊付け)してください

(事務処理の都合上、領収書サイズが大きい場合は書面の左端に揃えて貼り付けてください。)

《申請および補助における注意事項》

- ★ 領収書および診療明細の記載内容をご確認ください。
歯科医院で歯科健診を受診した領収書であること。歯科健診とあわせて歯垢除去や治療を行った明細が記載されていても有効です。領収書は医療控除等に使用する場合があります、コピーを添付してください。診療明細は原本を添付してください。(診療明細と領収書が一体の場合はコピー可)
- ★ 領収書は補助対象であるかご確認ください。
受診日 : 6月1日 ~ 翌年2月28日
補助対象: 被保険者本人のみ
- ★ 申請書提出期限は、3月20日まで(健保組合必着)

《お問合せ先》 **サンゲツ健康保険組合**
〒451-8575 名古屋市西区幅下一丁目4番1号
直通 052-564-3199

《健保使用欄》		照合済係印	健保組合支払印	健保組合受付印
補助金額	1,500 円			
1年に1回のみ補助				
毎月20日まで健保組合受付分を翌月給与に合わせて振込				