

常務理事	事務長	担当者	担当者

歯科健診費用補助金支給申請書

下記の注意事項に同意のうえ、歯科健診費用補助金の支給を申請します。

※受診日から1ヶ月以内に当健康保険組合にご提出ください。				令和	年	月	日	提出	
被保険者情報	被保険者証の 記号番号	記号	番号	氏名	生年月日	昭和 ・ 平成	年	月	日
	申請者住所 電話番号等 (日中の連絡先)	〒 電話 ()							

申請内容	受診者氏名	続柄	受診日				支払った費用	健保使用欄 (補助金額)	
				令和	年	月	日	円	円
				令和	年	月	日	円	円
				令和	年	月	日	円	円
				令和	年	月	日	円	円
申請金額計							円	円	

振込先情報	金融機関名称	銀行 信用金庫			本店 支店	支店番号
	預金種別	普通 当座	その他()	口座番号	口座名義 (カタカナ)	

(注意事項)

- 健診費用補助金支給対象となる健診受診期間
毎年4月から翌年2月末日受診分までとなります。
- 健診費用補助金支給対象者
当面の間、被保険者のみが対象となります。
- 健診費用補助金額
2,500円(税込)を上限として、歯科健診費用のみを補助します。(虫歯の治療等は該当しませんのでご注意ください。)
- 申請方法
次の2点を当健康保険組合宛に提出してください。
①歯科健診費用補助金支給申請書
②領収書(原本)(受診日、受診者名、領収金額、医療機関名、費用明細の記載があるもの)
※領収書は返却いたしませんので、ご了承ください。
- 提出期限
毎年3月末日(期限後に届いた申請は受付することができませんのでご注意ください。)

受付日付印

■提出先／お問い合わせ先

セラクグループ健康保険組合 TEL 03-6384-2277
〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷5-23-5 代々木イースト8階