

## 歯科検診補助金支給申請書

下記のとおり歯科検診費補助金を申請します。

|              |                    |    |   |    |       |
|--------------|--------------------|----|---|----|-------|
| 記号           |                    | 番号 |   | 氏名 |       |
| 生年月日         |                    | 年  | 月 | 日  | 医療機関名 |
| 検診日          |                    | 年  | 月 | 日  |       |
| 日中連絡がとれる電話番号 |                    |    |   |    |       |
| 結果の種類        | 歯科検診票（原本）・検診結果（写し） |    |   |    |       |

※補助金額は自己負担額（上限4,000円）となります。

※申請書を記入し、『領収書』と『歯科検診票（原本）』または『検診結果の写し』を添付ください。（返却はいたしません。）

※『領収書』や『歯科検診票』のない場合は、補助の対象とはなりません。

※保険診療を行っている場合は補助の対象にはなりません。

本請求に基づく補助金受領を事業主に委任します。

年 月 日

被保険者氏名 \_\_\_\_\_

**申請書提出期限：2025年4月10日（木）までに健保組合必着**

健保組合記入欄

|      |  |   |
|------|--|---|
| 補助金額 |  | 円 |
| 振込日  |  |   |

| 常務理事 | 事務長 | 担当者 | 担当者 |
|------|-----|-----|-----|
|      |     |     |     |