

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：2027年4月9日（金）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