河合楽器健康保険組合
理事長　殿

歯科検診補助金申請書

請求年月日:（　　）　年　　月　　日

被保険者証		被　保　険　者　氏　名
記　号	番　号	(フリガナ) （　　）　年　　月　　日生れ

検診の種類 受診年月日	歯科検診	（受診年月日） （　　）　年　　月　　日	
検診機関名			
検診機関に支払った合計金額	円	健康保険組合補助額	円

添　付　書　類
1．領収書原本（宛名、歯科検診と確認できるもの）
2．検診機関の『検診結果報告書』(コピー可)

健保受付印

※補助金は給与とともに振り込みます。

歯科検診の際の注意事項

歯科検診で補助金を請求する場合は以下のことにご注意ください。

① 検診機関（歯医者）には歯科検診を受診したい旨を連絡し予約していってください。

② 検診に**健康保険は使わない**で全額を窓口で支払ってください。
（補助金上限は 3,000 円）

③ 健診後に歯の治療を指摘され、ご本人が治療を望まれる場合は治療に移行できますが
検診と治療は別に精算してください。（治療については保険を使っていただいて問題ありません。）

④ 健診結果を申請書と一緒に提出してください。

⑤ 下記の用紙を検診機関に提示してください。

※家族の検診には補助金は支給されません。

－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－

歯科検診実施機関　様

＜お願い＞

平素よりお世話になっております。

今回、当健保の被保険者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿が、受診する歯科検診ですが、当健保へ補助金を申請する予定です。

付きましては、検診料金については健康保険外で精算して頂きたく存じます。また健診の結果、当日治療必要となった場合は検診と治療を個別に精算願います。

また、検診結果についても、本人にお渡していただくようお願い申し上げます。

お手数ですが何卒よろしくお願い申し上げます。

河合楽器健康保険組合

℡　053-457-1237